



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**  
**DOUTORADO EM SOCIOLOGIA**

Virginia Caroliny Silva Alexandre

**PARTICIPAÇÃO, MULHERES E PRÁTICAS COTIDIANAS:**  
**UM ESTUDO NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE**  
**EM ARACAJU/SE**

São Cristóvão (SE)

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**  
**DOUTORADO EM SOCIOLOGIA**

Virginia Caroliny Silva Alexandre

**PARTICIPAÇÃO, MULHERES E PRÁTICAS COTIDIANAS:**  
**UM ESTUDO NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM**  
**ARACAJU/SE**

Orientador: Professor Doutor Paulo Sergio da Costa Neves

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Sociologia da Universidade Federal de  
Sergipe (PPGS/UFS), como parte dos  
requisitos exigidos para a obtenção do  
título de doutor em Sociologia.

São Cristóvão (SE)

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Alexandre, Virgínia Carolyn Silva  
A382p Participação, mulheres e práticas cotidianas : um estudo nos  
conselhos e conferências de saúde em Aracaju/SE / Virgínia  
Carolyn Silva Alexandre ; orientador Paulo Sergio da Costa  
Neves. – São Cristóvão, SE, 2018.  
231 f.

Tese (doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de  
Sergipe, 2018.

1. Sociologia. 2. Conselhos de saúde – Aracaju (SE). 3.  
Saúde pública. 4. Participação social. 5. Mulheres. I. Neves, Paulo  
Sergio da Costa, orient. II. Título.

CDU 316.354:614-055.2(813.7)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Virginia Caroliny Silva Alexandre

**PARTICIPAÇÃO, MULHERES E PRÁTICAS COTIDIANAS:  
UM ESTUDO NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM  
ARACAJU/SE**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Paulo Sergio da Costa Neves (UFS/Orientador)

---

Profª Drª Maria Teresa Nobre (UFRN)

---

Prof. Dr. Marcelo Ferreri (UFS)

---

Prof Dr. Frank Nilton Marcon (UFS)

---

Prof Dr. Marcelo Ennes (UFS)

## AGRADECIMENTOS

No percorrer deste trajeto até esta tese, muitas pessoas foram importantes em minha vida. Sem o apoio e incentivo delas, não poderia ter chegado até aqui.

Agradeço à minha filha Rafaela que, com hoje seis aninhos, contribuiu fortemente, entendendo os meus momentos de estudos e ficando, muitas vezes, ao meu lado, brincando em silêncio, para que pudéssemos aproveitar todos os momentos juntas. Seu amor, alegria e doçura me encheram de encanto e me fizeram ficar mais forte para encarar as dificuldades e a aproveitar as coisas boas da vida.

Ao meu esposo Marcelo, por ter sempre me apoiado e acompanhado. Com todo o seu afeto, me incentivou a seguir em frente. A cada dia, nosso amor e companheirismo crescem, nos ensinando a ser pessoas melhores. Espero poder viver todos os dias de minha vida ao seu lado.

À minha querida família, por todo o apoio:

Aos meus pais, Jaime e Conceição, pelo exemplo de amor, pelo incentivo e carinho. Por acreditar que, mesmo sem muitos recursos, poderíamos realizar nossos sonhos;

À Vó Lúcia (em memória), que sempre se dedicou à família, mostrando que a união e o afeto são mais importantes do que tudo;

Às minhas irmãs, que também sempre se fizeram presentes, Fátima (Peta – em memória), que tomava meus deveres da escola quando criança, deixando um legado de amor e determinação que tento seguir como exemplo; a Ângela (Mana), Marion (Malon) e Tânia (Taninha), por torcerem e acreditarem que devemos lutar por nossos sonhos, que devemos ser persistentes e fortes; a Ana Lucia (Sussa), quero deixar um agradecimento especial, não me lembro de tê-la agradecido o suficiente. Talvez, por causa de sua bondade, nem lembre mais disso, mas sem a sua ajuda, não teria conseguido entrar na faculdade nem ter cursado a graduação. Era ela que pagava minhas cópias, deixava alguns de seus vales-transportes e, junto ao meu padrinho querido, tio Zé, financiou um cursinho pré-vestibular aos sábados para que eu pudesse estudar;

Às minhas queridas madrinhas, Bia e Tia Estela; e ao padrinho Tio Zé, por todo o carinho e apoio.

À família do Marcelo, que sempre me apoiou sabendo da importância de nossos estudos. Ao Seu José e Dona Verônica, por espalhar seu dom do acolhimento. Os afetos de seus irmãos, cunhados e sobrinhos, e por fazerem de nossos encontros, momentos de alegria e da grande distância apenas um detalhe pequeno.

À família de Aracaju, amigos e vizinhos que nos acolheram com muito amor e carinho.

Aos Compadres e Comadres, por dividirem suas alegrias conosco, abrindo as portas de suas famílias para que fizéssemos parte dela.

As amigas maledicentes, Grazi, Thalita e Érika, que nunca deixaram de sair do meu coração.

A Cristiane, Daniela e Alex, amigos de turma, por dividirem todas as alegrias e angústias de um processo de Doutorado.

Aos professores do GEPEC/UFS, Teresa, Marcelo, Manoel e Paulo (Orientador), por mostrarem um meio acadêmico mais possível e encantador.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), por todo o suporte institucional durante o curso e no Doutorado Sanduíche no exterior.

Aos professores do PPGS/UFS, que, durante as disciplinas, proporcionaram momentos de conhecimento e descontração.

Aos funcionários da Secretaria do PPGS, Dayanne e Jonatas, por terem sido pacientes e atenciosos.

Ao professor Patrick Heller, por me receber na Brown University; pelas suas contribuições no trabalho e por viabilizar a oportunidade de conhecer outro meio acadêmico.

Ao professor e amigo Jorge Alves (CUNY) e sua linda família, pelas conversas cervejeiras e troca de ideias.

A professora Caroline Andrew (University of Ottawa, Ca), por ainda manter contato desde o intercâmbio do Mestrado e contribuir com a minha formação, lendo meus textos. Foi ela quem me ensinou que viver bem é uma maneira de abarcar nossos sonhos e dividi-los com quem amamos.

À professora e amiga Cynthia Mara Miranda, por me mostrar o caminho das articulações acadêmicas e a insistir em nossos objetivos.

À professora Teresa Nobre, orientadora do Mestrado, que não deixou de ser amiga e orientadora até hoje.

Ao professor Paulo, que aceitou esse desafio de orientação, incentivando e apoiando minhas ideias.

Aos professores da banca, por aceitarem ler e avaliar o trabalho. Suas contribuições serão fundamentais.

À Capes, pelo apoio financeiro.

A Deus por tudo.

## **RESUMO**

Este trabalho procura estudar o processo de participação na saúde pública brasileira, através de uma perspectiva etnográfica. Acompanhamos os processos de participação nos Conselhos de Saúde locais de Aracaju e nas Conferências Municipal e Estadual. A pesquisa de campo foi realizada mais intensamente durante o ano de 2015, considerado este, “o ano das Conferências”. A participação está diretamente relacionada ao contexto histórico da democracia. De acordo com diversos autores citados neste trabalho, o processo de participação contribui fortemente para que Sistema Único de Saúde continue sendo um serviço público e gratuito. Nesta pesquisa, trabalhamos sob a ótica de dois tipos de participação: uma, que é a participação institucionalizada e regulamentada através dos Conselhos e Conferências; e outra, que é caracterizada como um tipo de participação germinada cotidianamente, tendo como engrenagem, os mesmos interesses e necessidades que envolvem as pessoas a buscarem maneiras de participar e driblar às formas institucionalizadas já existentes. Esta segunda forma de participação é mais possível principalmente no nível de atendimento primário, no qual o sistema de saúde supostamente deve estar relacionado à comunidade local e seu meio ambiente. É nesta forma de participação que encontramos as mulheres, em sua maioria, interligadas às práticas de cuidado à saúde que ultrapassam seu ambiente doméstico. De certa maneira, ambas as formas de participação dependem uma da outra. Vemos que os espaços destinados para a participação são os espaços onde menos acontece. Ela acontece muito antes e mais efetivamente articulada no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde do que quando administrada pela gestão.

**Palavras-Chave:** Participação, Política, Mulheres, Saúde, Cotidiano.



## **ABSTRACT**

The study aims to discuss the participation process in the Brazilian Public Health System. The research fieldwork has been based on attending the Health Councils' meetings in the primary health care level and in the Health Conferences in the Municipality and State levels in the State of Sergipe. The methodological approach was inspired by an ethnographic process of research. The research examines two kinds of democratic processes, the first being the policies and rules established that set up procedures and processes for participation and the second, the everyday processes of participation through people's participation in their local communities. We have collected interviews, photos and videos. Participation in these institutions was a locus of interests of power and political control. On the other hand, in everyday practices, it seems that people are reinventing ways to articulate forms of participation to increase the value of health care service in their community. The study has shown that women are more participative, especially in the primary health care levels, which deals with their local needs. The research also has shown that the institutional places for participations is where it less happens effectively. Participation process happens much more in everyday lives than in those places organized by the government managements.

**Keywords:** Health, Participation, Politic, Women, Everyday Practice.

## RÉSUMÉ

Ce travail est consacré à l'étude du processus de participation de la population dans la santé publique brésilienne, à travers une perspective ethnographique. Nous avons suivi cette participation aux conseils de santé locaux d'Aracaju et aux conférences municipales et d'État. Le travail de terrain a été mené de manière plus intensive au cours de l'année 2015, considérée comme «l'année des conférences». La participation est directement liée au contexte historique démocratique. Selon plusieurs auteurs cités dans cette étude, le système de santé unifié reste public grâce au processus de participation dans ce domaine. Dans cette recherche, nous travaillons dans la perspective de deux types de participation: une participation institutionnalisée et réglementée à travers les Conseils et Conférences. Et un autre type de participation quotidienne, ayant pour objet les mêmes intérêts et besoins qui amènent les gens à rechercher des moyens de participer et de changer les formes politiques existantes institutionnalisées. Cette deuxième forme de participation est surtout possible au niveau des soins primaires, où le système de santé est censé être lié à la communauté locale et à son environnement. C'est aussi dans cette forme de participation que nous retrouvons la majorité des femmes, intimement liées à des pratiques de soins de santé qui surpassent leur environnement domestique. D'une certaine manière, les deux formes de participation dépendent l'une de l'autre. Nous avons constaté que c'est dans les espaces destinés à la participation que celle-ci se produit le moins. Cela se produit avant et de manière plus articulée dans la vie quotidienne des utilisateurs des services de santé que lorsqu'il est administré par l'État.

**Mots clés:** participation, politique, femmes, santé, vie quotidienne.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
Reflexões Metodológicas .....	20
1. SAÚDE, PARTICIPAÇÃO E POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL .....	34
1.1 Discussões sobre o processo de participação .....	52
1.2 A participação e a relação entre Estado e Sociedade Civil .....	63
2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM ARACAJU/SE .....	72
2.1 Carências, Resistências e Antigas Desavenças .....	74
2.2 A Pré Conferência do Povoado de Areia Branca .....	91
2.3 Tecendo outro caminho .....	99
2.4 A Pré Conferência do Bairro Coroa do Meio .....	105
2.5 “Briga de Cachorros Grandes”: X Conferência Municipal de Saúde de Aracaju (CMS) .....	120
2.6 “Estamos do mesmo lado da Trincheira”: VI Conferência Estadual de Saúde de Sergipe (CONFESA).....	129
2.7 Fora do local, mas dentro da Rede: A XV Conferência Nacional de Saúde (CNS) .....	154
3. DENTRO, MAS SEMPRE DE FORA: uma reflexão sobre a condição das mulheres e o processo de participação.....	172
4. PARTICIPAÇÃO, POLÍTICA E ISOMERIA: uma primeira aproximação.....	193
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	219
REFERÊNCIAS .....	223

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de Doutorado em Sociologia objetiva trazer a descrição do campo de pesquisa e suas possíveis análises. A participação no sistema de saúde brasileiro é ponto de partida de algumas reflexões sobre a saúde como direito e como política pública, o cotidiano de mulheres, a política e as contrapartidas existentes entre forças e interesses diversos. Procurou-se investigar a participação e os sentidos dados a ela pelos atores sociais, bem como os diferentes usos destes espaços destinados à participação, como os Conselhos e Conferências de Saúde.

A pesquisa foi realizada através da perspectiva etnográfica, com registros em diário de campo, fotos e vídeos; com observações, conversas rápidas e demoradas; envolvimento no campo de pesquisa e com os distanciamentos necessários para a reflexão e descrição. Acompanhamos os processos de participação através dos Conselhos de Saúde locais de Aracaju; e as Conferências Municipal e Estadual. A Conferência Nacional foi acompanhada por meio das redes sociais e da internet. A pesquisa de campo foi realizada mais intensamente durante o ano de 2015, considerado este, “o ano das conferências”. A participação está diretamente relacionada ao contexto histórico da democracia. Acredita-se, no Brasil, que o Sistema Único de Saúde continua sendo público devido ao processo de participação.

O início da pesquisa para o doutorado vem de indagações que surgiram no final do mestrado, com um trabalho de campo realizado no povoado de Areia Branca em Aracaju. O Bairro Coroa do Meio foi um bairro escolhido como possibilidade de vivenciar um outro contexto em que o processo de participação estaria sendo organizado. Assim também, após estas conferências locais de saúde, acompanhei as conferências de saúde municipal e estadual. O percurso da pesquisa, os lugares e as pessoas envolvidas estarão descritas mais adiante neste trabalho. As pessoas envolvidas na pesquisa são pessoas que direta ou indiretamente participam em conselhos e conferências de saúde, como trabalhadores, usuários, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, de sindicatos e movimentos sociais. O processo de participação estudado é o processo que está garantido como

diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme veremos no item sobre Saúde, Participação e Política Pública no Brasil.

O objetivo desta tese é descrever e analisar os processos de participação e os conflitos que constituem o campo político no qual estão envolvidos. Com o processo de pesquisa, foi possível acompanhar e problematizar a participação, analisando suas dimensões e os diferentes usos atribuídos a esse processo. A proposta é descrever este campo e analisar as minúcias, os discursos e as contraposições.

Além de leituras prévias sobre o assunto (Leite, 2009; Nogueira, 2001; Luz, 1995; Vasconcelos, 2002; Nunes, 2000; Cohn, 2000, Merhy, 1997, Junqueira, 2009, Dagnino, 2004, Avritzer, 2004; etc.), chamou a atenção a afirmação de Avritzer sobre a existência de dois tipos de participação, uma institucionalizada e outra não institucionalizada. Essa leitura chamou a atenção porque se relacionou diretamente com as possibilidades de explicar o que se estava vivenciando no campo de pesquisa. Então, partimos do pressuposto de que existiam esses dois tipos de participação que se destacam e se confrontam constantemente. Uma é a participação institucionalizada e regulamentada por diretrizes governamentais; a outra é a participação não institucional, isto é, aquela que acontece na articulação das pessoas em seus bairros, ambientes de trabalho e nos serviços de atendimento à saúde.

A noção de instituição está sendo usada como um estabelecimento governamental e burocrático que organiza e gerencia as formas de participação. Trata-se de verificar que este é um campo de disputa entre forças que repelem por interesses divergentes, ou que se juntam por interesses comuns. Este campo de disputa é o cenário das inquietações descritas neste trabalho. Discutiremos os dois tipos de participação durante o trabalho e colocaremos em discussão e análise o confronto existente entre as formas de participação, o que cada espaço representa, quais os interesses colocados neste processo e os usos e sentidos dados pelos atores sociais ao processo de participação.

As duas formas de participação estão constantemente se entrelaçando e se reproduzindo. São espaços simultâneos de gerenciamento e luta por direitos. Cada espaço possui forças diferenciadas - a do lado governamental e, conseqüentemente, da gestão; e a do lado das formas não governamentais, representando a sociedade

civil, através de categorias como sindicatos, movimentos sociais e os usuários mais engajados neste processo.

O engajamento requer um rigor temporal e um esforço pessoal diferenciado. Pessoas que possuem trabalho e família reclamam constantemente da falta de tempo para gerenciar suas atividades cotidianas. Neste contexto, as mulheres apresentam condições ainda mais precárias, por causa do trabalho doméstico (muitas vezes, somado ao trabalho fora de casa) que é ainda culturalmente e patriarcalmente colocado como responsabilidade exclusiva das mulheres. Embora os índices mostrem que as mulheres são minoria em termos de cargos políticos e posições de decisão e controle governamental, elas apresentam um engajamento político muito considerável, sendo a maioria nos processos de participação. Por isso, iremos discutir e analisar o porquê de essa disparidade entre as mulheres ser a maioria nos espaços de participação popular e a minoria nos cargos governamentais.

Durante a pesquisa, percebeu-se que a segunda forma de participação, a não institucionalizada, é mais possível principalmente no nível de atendimento primário, em que o sistema de saúde supostamente deve estar relacionado à comunidade local e seu meio ambiente. Nessa forma de participação, as iniciativas são advindas sem o controle direto da gestão, fato interessante de se analisar. É também, nessa forma de participação, que encontramos as mulheres em sua maioria, interligadas às práticas de cuidado à saúde que ultrapassam seu ambiente doméstico. De certa maneira, ambas as formas de participação dependem uma da outra. Os espaços destinados para a participação são os espaços onde ela menos acontece. Esse processo acontece muito antes e mais efetivamente articulado no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde do que quando administrado somente pela gestão. Neste sentido, para que as propostas sejam efetivadas, é necessária a ampliação do alcance do processo de participação. Iremos discutir as questões referentes a esse processo; as possibilidades e potencialidades que a participação possui enquanto instrumento de direito e de democracia.

Em síntese, esta tese foi inspirada por três pontos iniciais. Buscou-se ver o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo diversos aspectos referentes ao seu contexto atual; o processo de participação dentro dos espaços direcionados para tal e os diferentes usos e sentidos atribuídos; e a saúde enquanto

práticas de cuidado, que são mais articuladas pelas mulheres. Com isso, buscou-se estudar estas dimensões da saúde e as suas relações.

Como o atendimento institucionalizado e as práticas cotidianas de cuidado com a saúde se relacionam? Como a participação se desenvolve e como é direcionada? Seria a participação de fato transformadora ou instrumento de manutenção de uma certa ordem social? De que maneira se estabelecem as relações dentro das unidades de saúde? Como o processo de participação é construído e quem são os protagonistas deste “instrumento de direitos”? Qual o sentido dado à participação e quais os diferentes usos atribuídos? Essas foram algumas das questões que impulsionaram esta pesquisa. Partindo destas inquietações, a problematização do processo de participação se tornou foco central. Questionar e verificar as maneiras de seu funcionamento, o sentido dado a este processo e os diferentes usos destes espaços nos encaminhou para reflexões acerca da política e a sua relação isométrica advinda do desequilíbrio entre as partes.

O universo da saúde é constituído por inúmeras questões referentes ao processo de democratização do país, da construção social da cidadania e dos direitos sociais. Com isso, a participação pode ter diferentes formas no que se refere a seu caráter de atuação frente às políticas públicas. Por exemplo: tem-se o que a Constituição de 1988 diz sobre a saúde e sobre a participação e, além disso, tem-se o modo em que se constitui o processo de participação fora dos “muros” do estabelecimento institucional, onde se produz diferentes maneiras de ver a saúde e de verificar em como é considerada um direito, dever e necessidade entre os participantes. Até que ponto participar de conselhos municipais de saúde, por exemplo, aparece como uma alternativa concreta para melhorar as condições de vida de uma determinada população? Quais as estratégias de participação existem (coexistem) com as diretrizes e regras do sistema de saúde pública?

O processo de participação na área da saúde possui uma interessante característica que a difere de outros contextos. A saúde foi pioneira no que tange à força e influência dos movimentos sociais na sua formação. Os conselhos e conferências de saúde surgiram para garantir que a participação fosse efetivada. Este é um lado importante a ser considerado. Mesmo sendo gerida pela gestão, a garantia constitucional de espaços participativos é fundamental, especialmente se a intencionalidade governamental for a ausência de participação e o autoritarismo. O Movimento Sanitário teve grande influência na construção do Sistema Único de

Saúde (SUS). Baseado nas diretrizes Constitucionais, o SUS é um direito dos cidadãos e dever do Estado, em garantir saúde para todos e acesso integral e universal. As políticas de saúde estão sempre ameaçadas e o caráter público do SUS também. Há uma tentativa de cortes e de privatização para diminuir os gastos públicos. Com isso, para muitos atores sociais, como líderes comunitários, usuários e trabalhadores do SUS, representantes de sindicatos, movimentos sociais e Organizações não-governamentais, o processo de participação se faz necessário. Mesmo diante do controle da gestão, que ganha mais força conforme o nível de influência do conselho, estes espaços ainda são vistos como possibilidades, como canais para o exercício da cidadania. Dessa forma, esses espaços de participação são constantemente recriados conforme interesses e intencionalidades políticas e governamentais.

Além da descrição de reuniões e conferências, tem-se a presença de algumas pessoas com as quais tivemos contato durante o percurso da pesquisa. Tais pessoas são protagonistas do processo de participação nos conselhos e conferências de saúde em Aracaju e no estado de Sergipe. Conversei com algumas delas antes, durante e depois das conferências. Com algumas, marcamos encontros, fora do fervor de reuniões e das conferências. Foi um processo interessante, uma conversa distanciada do momento institucional da participação, embora cada um deles carregasse, em seus discursos, os lugares e as posições que defendiam. Foram realizadas conversas com uma agente de saúde, a enfermeira e a diretora da Unidade Básica de Saúde do povoado de Areia Branca; a assistente social e uma agente de saúde do bairro Coroa do Meio; o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju (que iniciou a sua gestão após a conferência); com o vice-presidente do Conselho Estadual; um conselheiro nacional e com uma “ex”-conselheira e pioneira da pastoral da criança no estado de Sergipe.

Durante o Doutorado, foi possível realizar um período sanduíche (PDSE/CAPES) na *Brown University*, nos Estados Unidos. Fui recebida pelo professor Patrick Heller, do Departamento de Sociologia, e do *Watson Institute for International and Public Affairs*, ao qual estava vinculada. O professor Patrick Heller tem experiência de estudos e pesquisas sobre democracia, participação e movimentos sociais no Brasil e em contextos da África e Índia. Durante algumas orientações, ele sugeriu uma escrita que mostrasse os acontecimentos miúdos no



processo de participação, pois a maioria dos trabalhos sobre o Brasil, que encontrava, eram trabalhos que falavam da situação brasileira de forma macro, sendo que o país possui grande diversidade e desdobramentos políticos diferenciados em cada estado e município.

Para este Doutorado sanduíche, foi produzido como resultado das discussões, um trabalho paralelo à tese entregue ao professor Patrick Heller, intitulado *“Participation Process in the Northeast Brazil: an ethnographic study about health councils and conferences in Aracaju/SE”*. Este trabalho analisa o processo de participação nas conferências locais do povoado de Areia Branca e do Bairro Coroa do Meio, trazendo descrições detalhadas dos lugares e do processo de participação neste âmbito local.

Nesse tempo, também tive a oportunidade de conversar com diferentes professores, como o professor James Green, diretor do Brazil Initiative do Watson Institute e professor de História na Brown University. O professor Green tem uma vasta publicação sobre a História do Brasil e movimentos sociais, especialmente no movimento LGBT, para o qual, contribuiu fortemente para a sua criação.

O professor de ciência política Jorge Alves, da Cuny (City University of New York – Queens), atuou também como uma espécie de co-orientador, pois conversamos diversas vezes sobre o trabalho, sua pesquisa sobre a política brasileira e as perspectivas dele sobre o Brasil. Sua tese de Doutorado foi avaliar as políticas de saúde no Brasil através de três grandes estados, São Paulo, Bahia e Minas Gerais.

A experiência de repensar e discutir o campo de pesquisa em contexto acadêmico diferente e distanciado possibilitou olhares até então não percebidos. As discussões com autores brasileiros e estrangeiros que estudam o Brasil em diversas áreas acadêmicas teve uma rica influência no trabalho. Muitos autores sugeridos durante as orientações com o professor Patrick Heller também ajudaram no processo de pensar sobre o campo de pesquisa. Os olhares estrangeiros sobre o Brasil nos fazem observar detalhes até então não percebidos. O olhar de fora consegue ressaltar detalhes que, muitas vezes, deixamos escapar por causa da familiaridade e proximidade com o campo de estudo.

Esta tese está organizada, além da introdução, em quatro tópicos. A seguir, nesta introdução, foram elaboradas algumas reflexões pertinentes acerca da

metodologia utilizada. No primeiro tópico, sobre Saúde, Participação e Políticas Públicas no Brasil, tem-se um histórico da saúde e sua contextualização enquanto direito e enquanto política pública de alcance nacional. Vários autores renomados nesta área trazem discussões importantes sobre o SUS e sobre o Movimento da Reforma Sanitária, que repercutiu na construção do sistema de saúde. Neste mesmo tópico, têm-se as discussões sobre o processo de participação. A participação corresponde em um dos princípios que regem o sistema de saúde e é regulamentado por lei e garantido na Constituição Federal de 1988. Os Conselhos e Conferências são instâncias participativas adquiridas com o movimento social e planejado para fins de manter a saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Os embates políticos neste meio são advindos das diferenças entre as intenções da gestão governamental e os interesses dos participantes.

O processo de participação se inicia no âmbito da atenção primária e se alastra por outras dimensões dos espaços institucionais. A atenção primária é considerada como a “porta de entrada” no SUS. É através deste nível de atendimento que os municípios devem exercer o dever de organizar e manter a qualidade do atendimento. O Programa Saúde da Família (PSF) está situado no nível de atenção primária e possui vários programas relacionados à prevenção e promoção da saúde. Deve organizar e selecionar as formas de atendimento e regulamentar o acesso e o fluxo de pessoas ao sistema, prestando assistência básica à população local das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Deve também garantir participação e proximidade da comunidade através dos Conselhos de Saúde e de atividades educativas locais.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte do PSF. Eles estão no nível das práticas cotidianas. São os agentes comunitários de saúde que conhecem e lidam com as necessidades das famílias visitadas, tendo como função repassá-las à equipe do PSF e contribuir no processo de atendimento a tais necessidades. São eles os que estão mais próximos dos problemas relacionados à saúde das pessoas, assim como seus determinantes e condicionantes, uma vez que se pressupõe a saúde não mais como a “ausência de doenças”.

O tópico sobre a Descrição do Processo de Participação nos Conselhos e Conferências de Saúde procura descrever as minúcias do que foi vivenciado durante a pesquisa. As informações e os percursos durante algumas reuniões de conselhos locais e nas Conferências estão compilados em subtópicos seguintes. Objetiva-se

instigar uma forma de pensar sobre a participação através destas relações “miúdas” que, dependendo de intencionalidades, posicionamentos e relacionamentos, definem os percursos da garantia dos direitos, da justiça e da igualdade.

A participação das mulheres é um ponto importante que merece atenção neste trabalho. No tópico “Dentro, mas sempre de fora”, busca-se discutir algumas repercussões do lugar culturalmente atribuído às mulheres e a sua relação com os processos de participação na vida pública. Além disso, pretende-se analisar a relação entre cuidado e saúde que permeiam a vida de mulheres, tentando potencializar esta prática e desconstruir os estereótipos de inferioridade implantados à atividade do cuidado.

As reflexões sobre Participação, Política e Isomeria é uma análise sobre o campo de pesquisa estudado, problematizando a política enquanto campo de disputa. Neste capítulo, busca-se refletir sobre os acontecimentos, considerando as contrapartidas que estão presentes neste processo e as estratégias e táticas de enfrentamento às formas dominantes e manipuladoras. Tais formas dificultam a efetivação do processo de participação que tem, em teoria, o objetivo primordial de controlar os gastos públicos e de garantir o direito à saúde. É neste campo de disputas que são atribuídos diferentes sentidos ao processo de participação.

## **Reflexões Metodológicas**

Neste tópico, proponho-me a trazer reflexões sobre o contexto metodológico em que o trabalho se envolveu. Não pretendo buscar definições de método e metodologia, mas, sim, discutir e reafirmar algumas maneiras de pesquisar que foram importantes. O motivo de este ser um tópico no trabalho vem desde o mestrado, quando me vi na necessidade de ter de responder à pergunta sobre que “Método” eu estava utilizando. Como se fosse um detalhe simples, as respostas esperadas nunca correspondiam a expectativa de quem me perguntava. Então, passei a me esforçar para, resumidamente, convencer que a “metodologia” utilizada fazia parte do contexto científico. Aos poucos, fui percebendo que tal maneira de pesquisar se confundia facilmente por requerer uma proposta diferenciada do fazer pesquisa. A falta de permeabilidade metodológica que presenciei me fez buscar trabalhos inspiradores e que pudessem reafirmar academicamente o procedimento em que estava adotando e seguindo.

Por este motivo, trago algumas discussões de autores que me foram importantes e que influenciaram na escolha do procedimento metodológico aqui adotado. A pesquisa nas ciências sociais vem passando por grandes transformações e avanços. Howard Becker (1997) faz importantes análises sobre as mudanças no modo de fazer pesquisa nas ciências sociais. Ele nos lembra de como Marx e Engels investigaram as condições da classe trabalhadora, e de Weber, que fez investigações sobre as organizações e os sistemas históricos, sempre enfatizando os estudos empíricos sobre as organizações sociais contemporâneas. Becker nos lembra que a metodologia é assunto de todos os cientistas sociais. Devemos sempre considerar a “situação específica que temos em mãos” e, assim, “considerar variações locais e peculiares que tornam este ambiente e este problema aquilo que são de modo único” (BECKER, 1997 p. 13).

Becker nos diz que trabalhou desenvolvendo suas teorias e métodos à medida em que as circunstâncias da pesquisa exigiam. Mesmo que adotemos um estilo de metodologia, os acontecimentos durante o processo de pesquisa podem exigir outras maneiras de obter os dados. É importante considerar que imprevistos podem surgir na pesquisa e, por serem importantes, merecem atenção e análise do pesquisador. Por isso que Becker defende um “modelo artesanal de ciência”, no qual os pesquisadores possam se sentir livres para utilizar e construir métodos de

pesquisa. Desse modo, este autor critica a metodologia como “uma especialidade proselitizante, devido a sua propensão muito forte de apregoar uma ‘maneira certa’ de fazer as coisas” (BECKER, 1997, p. 38).

Para enquadrar a pesquisa e definir a metodologia utilizada, poderia afirmar que se trata de uma pesquisa inserida dentro de uma abordagem qualitativa no universo das ciências sociais. Muitos livros sobre pesquisa social contribuem para dar sentido a esse tipo de procedimento considerado o mais comum e necessário no campo das ciências humanas. Para Roberto Richardson, a abordagem qualitativa é uma opção do pesquisador e justifica-se por ser uma forma mais adequada para entender um fenômeno social. O mesmo autor ressalta que “é a natureza do problema ou seu nível de aprofundamento que determina a escolha do método” (RICHARSON 1999, p.79). Nessa perspectiva, as possibilidades do campo de pesquisa contribuem na construção do objeto e na escolha de procedimentos metodológicos. Não somente o objeto de pesquisa determina o método, mas também a relação do pesquisador com seu campo de pesquisa.

Oliveira (2015) revisita um processo de ampliação metodológica e apresenta uma abordagem importante dentro da Sociologia e das Ciências Sociais. Essa abordagem nos é interessante e nos ajuda afirmar a importância de permeabilidade metodológica durante um processo de pesquisa. Em seu artigo “*Triangulação Metodológica e Abordagem Multimétodo na Pesquisa Sociológica: vantagens e desafios*”, a autora analisa as críticas referentes aos métodos quantitativos e qualitativos, explicando que se criou uma relação antagônica desnecessária. Com isso, ela descreve o uso desses dois métodos destacáveis e analisa as condições de sua junção, citando importantes trabalhos nos quais utilizaram essa abordagem mista. Essa abordagem pluralista, da qual chama, supera os antagonismos e, em termos epistemológicos, se alinha ao pragmatismo.

Neste sentido, prioriza as consequências da pesquisa, os questionamentos impulsionadores e a formulação do problema de pesquisa mais do que o método. No entanto, enfatiza que é importante pensar nas implicações metodológicas dessa combinação.

... A abordagem multimétodo é a mais rica opção metodológica quando voltada a responder às questões centrais de uma pesquisa, desde que contextualizada a

partir de um enquadramento teórico-conceitual e adequada à especificação dos diversos aspectos do problema de pesquisa proposto, considerando a ressalva já feita de que diferentes métodos contribuem com diferentes tipos de dados e resultam em diferentes níveis de conhecimento acerca dos fenômenos sociais. (OLIVEIRA, 2015 p. 142)

“Diferentes métodos contribuem com diferentes tipos de dados”. Tal afirmação nos remete a preocupação com a produção dos resultados da pesquisa. Que tipo de dado queremos criar e desenvolver? A maneira com que pesquisamos diferencia na forma em que os dados aparecem. Isto posto, a autora chama a atenção sobre o momento da escolha de um método e sobre os tipos de dados que serão criados como resultados. Uma pesquisa pode ser realizada com diferentes abordagens, a depender do contexto em que o objeto de estudo se encontra e na forma como buscamos estudá-lo.

Neste trabalho, buscou-se pesquisar o processo de participação de uma maneira mais corriqueira e minuciosa. Para isso, utilizamos metodologias advindas da etnografia e da observação participante. Dessa maneira, também, como muitas pesquisas, foram necessários estudos bibliográficos, entrevistas e acompanhamento nas redes sociais das conferências de saúde.

A perspectiva etnográfica se destaca como fio condutor desse processo de pesquisa. Com isso, permitiu-se ampliar os olhares e voltar a atenção para os fazeres miúdos e corriqueiros que estão presentes na pesquisa. Para Laplantine, a “busca etnográfica” tem algo de errante, “as tentativas abordadas, os erros cometidos no campo, constituem informações que o pesquisador deve levar em conta, bem como o encontro que surge frequentemente com o imprevisto, o evento que ocorre quando não esperávamos” (LAPLANTINE, 2007 p.151).

É nesse segmento que tomamos emprestado as características importantes da etnografia para pesquisar os processos de participação. Esse exercício de reflexão sobre a metodologia utilizada nos ajuda a afirmar sua importância e explicar o processo de pesquisa realizado. Outros autores importantes nos influenciaram. Os estudos de José Guilherme Cantor Magnani, sobre “Os Circuitos de Jovens Urbanos” (2005) e sobre a “Festa no Pedaço” (2003), retratam etnografias atuais sobre juventude e sobre os usos dos espaços. Magnani produz uma escrita

que abre os horizontes sobre o objeto estudado. A noção de circuito, por exemplo, descreve com maior aproximação a movimentação e os agenciamentos de jovens na cidade, as relações e os conflitos. Seu trabalho sobre a “Festa no Pedaco” descreve uma etnografia que possibilitou olhar para o contexto dos trabalhadores através das redes de lazer. Ele descreve em um meio onde as ideologias marxistas no âmbito acadêmico pairavam em quase todos os discursos. Com a etnografia, Magnani produz outros olhares que escapam as ideologias predominantes e ressalta as diferentes maneiras de viver, colocando em análise as implicações e relações do pesquisador com o campo estudado.

Assim, também, Loic Wacquant (2004) trabalha com jovens americanos em seu estudo sobre os processos de guetização, concernente às segregações étnico-raciais. Para produzir suas análises e escritas, Wacquant também parte desse universo da etnografia, que permite aproximar e, ao mesmo tempo, se relacionar com o campo de pesquisa. Uma perspectiva que não distingue e nem distancia o pesquisador e o campo estudado. Coloca em evidência a presença do pesquisador e o que mais pode ser descrito de tal experiência. Isso reflete a influência advinda da etnografia que surgiu depois dos estudos de James Clifford (2011), Clifford Geertz e George Marcus (1986), que mostraram as implicações do papel em que os pesquisadores assumem durante o processo de pesquisa. Com este trabalho, os caminhos para análises foram abertos, adotando uma perspectiva de pesquisa “com” e não “sobre” o campo de estudo.

É certo que não estamos falando de jovens urbanos. O que estamos refletindo aqui é sobre a maneira com a qual esses autores trabalharam em suas pesquisas e na forma como trataram seus resultados. Mencionamos isso nessas reflexões do pesquisar, pois estamos afirmando que tais trabalhos foram inspiradores desta pesquisa sobre a participação na área da saúde.

O objetivo metodológico deste trabalho foi captar os momentos de um processo de conferência de saúde e de reuniões de conselhos. A partir deste primeiro passo, surgiram outras necessidades de aproximações com o campo através de entrevistas e de retornos sucessivos a um mesmo local. Buscou-se captar o “fervor” do momento de discussão, de onde se veste e se retiram as máscaras entre interesses diversificados. Portanto, as “falas dispersas” foram importantes dados que

contribuíram na problematização do processo de participação que estava sendo construído durante as conferências de saúde de Sergipe.

As “falas dispersas” podem compor o campo de pesquisa e podem nos dizer muito além do que estávamos procurando e testando como nossas hipóteses. Para FERRERI e NOBRE (2010), o estatuto dos discursos dispersos pode gerar inesperadamente algum tipo de redefinição no direcionamento de uma experiência de pesquisa. Os autores levantam uma reflexão sobre os acontecimentos e sobre a regularidade da pesquisa etnográfica, apontando para a sensibilidade do pesquisador em não somente registrar as falas esperadas, mas também as “falas dispersas”, ou seja, aquelas inesperadas e imprevistas que compõem o objeto e o desenvolvimento do estudo.

Muito já se disse sobre o quanto o campo é fundamental na pesquisa etnográfica, principalmente no que tange ao seu significado de ruptura com o conhecimento abstrato e especulativo. As práticas da observação (especialmente as de caráter participante) e do registro exaustivo das experiências pelo pesquisador marcaram as ciências sociais já no início do século passado, trazendo novas possibilidades para a investigação dos fenômenos humanos, pois com elas, se assume claramente a construção de um tipo de conhecimento que provém da relação do observador com o observado. (FERRERI e NOBRE 2010, p. 267)

As “falas dispersas” fazem parte do campo de pesquisa e do envolvimento em que o campo se constrói. O conhecimento advindo da experiência de pesquisa é fruto de dispersões, de acasos que se conectam e que podem nos dizer mais sobre o objeto de estudo. Nesta pesquisa sobre a participação, as falas dispersas foram fundamentais para se compreender o sentido dado à participação pelos atores sociais. Falas de corredores, salas de espera, no ponto de ônibus, no degrau de uma escada, no vizinho sentado ao lado em uma reunião ou em uma conferência... os murmúrios e os cochichos também falam, e nos dizem algo sobre o ambiente no qual estamos imersos enquanto pesquisadores e enquanto pessoas comuns.



Eis o demorado movimento: pinçar gestos, vozes, falas que vão construindo junto com o percurso teórico um certo plano de análise, por meio do qual se produzam narrativas singulares e parciais, algumas respostas provisórias e, sobretudo, perguntas. E ainda que muitas destas não sejam respondidas - pelo menos não agora, não aqui - não importa, pois perguntar é onde tudo começa e não se finaliza. (VASCONCELOS; BALESTRINI; PAULON, 2013 p. 605)

O envolvimento do pesquisador com um certo campo de estudo é o começo de um demorado processo. Muitas vezes, é confuso, pois nos faz perceber que somos parte dele e nos coloca em análise juntamente aque buscamos analisar. É uma produção não singular, de envolvimento constantes, que se imbricam entre o perceptível e o não perceptível. Perceber as “falas dispersas”, conseguir “pinçar os gestos” é um desafio conflitante, que não conseguimos deixar de lado, mesmo quando queremos.

Escrever sobre a participação através de uma experiência etnográfica se torna um desafio. Os detalhes podem, ao mesmo tempo, nos aproximar de dados importantes como também nos afastar deles. A descrição do campo pode ser exaustiva e tornar o trabalho cansativo. Esperamos que este não tenha sido o caso. Há um exercício intenso de se pensar perto e longe dos acontecimentos, de “lidar com você mesmo e com o campo”, como afirma Nancy Scheper-Hughes. Esta autora norte-americana realizou um trabalho etnográfico no Brasil, em alguns períodos entre 1960 e 1980, pegando o início do golpe militar e retornando anos após, já no processo de democratização do país e das intervenções de políticas públicas no campo da saúde.

Em seu livro *Death Without Weeping: the violence of everyday life in Brazil* (1993), a autora retrata a relação da fome com inúmeras maneiras pela qual é recriada cotidianamente em diferentes contextos sociais, pela visão dos pobres famintos que sofrem com a crescente mortalidade infantil, especialmente as mulheres; com os donos de fazendas que possuem poder aquisitivo maior; com a igreja; e com a medicina. A “morte sem choro” descreve a normalidade em que a mortalidade infantil possui, e o lidar com a fome em uma cidade do Recife. A “doença dos nervos” é a forma como a fome e a precária condição de vida são tratadas nos consultórios médicos e descritas pelos que dela sofrem. O tratamento

de saúde, até nos dias de hoje, tende a relacionar um problema social em algo unicamente fisiológico. O trabalho antropológico que a autora realizou no Brasil descreve uma realidade que ainda existe e está presente em muitos outros lugares do país. “A sede e a seca de Bom Jesus são reais, mas eles têm sua origem na história, na política e na economia e não na cruel geografia”. (SCHEPER-HUGHES, 1993 p. 69). A autora descreve não somente os fatos, os acontecimentos e as subjetivações, mas também descreve e problematiza as forças causadoras. “Desnormaliza” e questiona o que todos buscam explicações no nível do acontecido e não o porquê do acontecer, neste caso, da sede e da fome.

Queremos destacar neste tópico sobre metodologia a maneira de fazer a pesquisa e a de pensar sobre a experiência vivenciada. Certamente, o olhar da autora está diretamente relacionado ao contexto em que vivenciou e a sua relação no campo de pesquisa. Ela faz importantes considerações sobre a etnografia e afirma que etnógrafos não escrevem em páginas em branco. E que o etnógrafo tem a obrigação de descrever os fatos de forma mais apurada possível, mas também lembra que os fatos são selecionados e interpretados. Por isso, o entendimento antropológico é necessariamente parcial e sempre hermenêutico. (SCHEPER-HUGHES, 1993 p. 23)

Para incrementar esta reflexão, algumas inspirações advindas da chamada “metodologia feminista” são importantes, pois vimos que as mulheres fazem parte do processo de participação de forma expressiva. Perceber as diferenças de classe, gênero e etnia é um dos pilares que definem uma metodologia de caráter feminista. Os estudos de gênero vêm pautando minha vida acadêmica desde a graduação e cada vez mais se torna um viés importante de ser analisado, presente em diferentes contextos de pesquisa.

A metodologia feminista, portanto, lança um debate científico e epistemológico importante acerca da produção do conhecimento. Sandra Harding (1987) afirma que a metodologia feminista nada difere de outras abordagens científicas enquanto o uso de métodos. O que difere é a maneira como contempla a formulação, o processo e a análise dos dados da pesquisa. As maneiras de fazer pesquisa científica veêm, por muitos anos, reproduzindo padrões sociais patriarcais que excluem e secundarizam a presença e a influência das mulheres. A metodologia feminista vem para reparar esse dano histórico na produção do conhecimento

científico, o que trouxe consequências devastadoras relacionadas aos possíveis avanços sociais, como justiça e igualdade entre os gêneros. Harding também ressalta que a metodologia feminista não requer simplesmente adicionar as mulheres na forma tradicional masculina até então criada. “Em suma, há importantes conexões entre epistemologia, metodologias e métodos de pesquisa. Meu argumento quer dizer que não é olhando os métodos de pesquisa que podemos identificar as qualidades distintivas de uma pesquisa feminista” (HARDING, 1987 p. 03)<sup>1</sup>.

Para Caroline Ramazanoglu e Janet Holland (2002), a metodologia feminista é um conjunto de abordagens que consideram as relações de gênero na produção do conhecimento. “Para as feministas, esse processo é intrinsecamente político e com implicações éticas.” (RAMAZANOGLU; HOLLAND 2002 p. 13). Essas autoras também se referem ao equívoco em que essa proposta teve em relação ao método de pesquisa. A metodologia feminista não pretende criar diferentes métodos em relação aos tradicionais, mas, sim, (des)padronizar a produção científica que, tradicionalmente, desconsidera as relações de gênero.

A metodologia feminista também aponta para as consequências da produção científica homocêntrica, ou seja, focada em uma centralidade, criada historicamente pela visão de homens e sobre os homens. Dessa maneira, a metodologia feminista está diretamente ligada à validação, ao poder, ao conhecimento e à experiência. As noções de ética e justiça são fortemente direcionadoras da pesquisa, que leva em consideração as implicações políticas e as relações de poder. A abordagem da metodologia feminista combate o repúdio histórico de não levar em consideração a experiência, pois os próprios pesquisadores estão, variavelmente e pessoalmente, envolvidos, experienciados e situados em relações sociais. (RAMAZANOGLU; HOLLAND 2002 p. 20).

Essa diferenciação acarreta em especificar práticas de pesquisa, como a etnografia feminista. Para Davis Dána-Ain e Christa Craven, a etnografia feminista ressalta as dinâmicas das relações de poder nas interações sociais. Essa perspectiva parte do pressuposto de uma análise baseada nas diferenças de gênero, e isso quer

---

<sup>1</sup> “In summary, there are important connections between epistemologies, methodologies, and research methods. But I am arguing that is *not* by looking at the research methods that one will be able to identify the distinctive features of the best of feminist research”. (HARDING, 1987 p. 03).

dizer que a etnografia feminista considera todas as pessoas no campo de pesquisa, o lugar/comunidade/organização, e lança atenção especial às relações de gênero e às relações de privilégio e poder. (DAVIS; CRAVEN, 2016 p. 09). Para Susan Sherwin (1992), as feministas têm mostrado que muitas teorias desenvolvidas no âmbito das ciências sociais consideram constantemente um padrão normativo masculino, indo em oposição quando são questionadas. Esse posicionamento teórico-normativo tem afetado as mulheres, colocando-as como ignorantes ou até mesmo desviantes.<sup>2</sup>

Diante dos processos de pesquisa realizados para esta tese e as que antecederam o Doutorado, as relações de gênero foram colocadas em análise e consideradas no universo das relações sociais. A diferenciação existente deve ser problematizada em todos os âmbitos e, na área da saúde, ela é muito pertinente. No processo de participação, as diferenças de gênero possuem implicações no que tange a efetivação dos direitos. E no caso das mulheres, além de participar para a garantia do direito à saúde, estas também estão participando para garantir o direito à liberdade e autonomia em participar politicamente, em ter voz e vez nos meios institucionais, burocráticos e coletivos.

A perspectiva etnográfica nos permite ver como “pequenos” detalhes podem influenciar no contexto institucional de implementação das políticas públicas. A participação na área da saúde, problematizada neste trabalho, possui um imenso leque de relações institucionais e não institucionais, que interferem na maneira em que este processo se constitui. Assim, também, a perspectiva etnográfica coloca o pesquisador como parte do campo de pesquisa. Considera as implicações e produções advindas da experiência vivenciada.

Arachu Castro e Merrill Singer trazem importantes considerações sobre as intencionalidades e as possibilidades de pesquisa. Situados na Antropologia (que estamos tomando emprestado), o livro *Unhealth Health Policy* (2004) enfatiza o papel que os antropólogos e outros cientistas sociais podem exercer dentro do contexto das políticas públicas. Para os autores, é importante se perguntar e verificar qual o impacto e no que irão interferir os resultados da pesquisa. O papel

---

<sup>2</sup> “In the social sciences, for instance, feminists have shown that male standards have been consistently taken as the norm from which theories are developed and against which they are tested; this has left women in the position of being either ignored altogether or threatened as deviant”. (SHERWIN, 1992, p.01).

do pesquisador deve ser o de usar a pesquisa para revisar criticamente os impactos negativos que as políticas públicas (especialmente a falta delas) podem ter na vida das pessoas que delas necessitam.

Os mesmos autores apresentam um exemplo para pensar e explicar o papel dos pesquisadores. Eles citam a diferenciação de Van Willigen's (1986) entre "*anthropology in policy*" e "*anthropology of policy*." Basicamente, "*anthropology in policy*" refere-se ao trabalho designado a dispor informações aos governantes; e "*anthropology of policy*" refere-se a preocupações em estudar e acessar os processos de decisões políticas que interferem diretamente na vida das pessoas. Estamos diante de distinções importantes sobre as intencionalidades da pesquisa. A noção de "*anthropology of policy*" é a que queremos enfatizar neste trabalho. Isto nos chama a atenção para a maneira como direcionamos a pesquisa e como consideramos as implicações.

Na perspectiva dos autores citados, podemos dizer que a formação e a implementação das políticas de saúde são desdobradas em um contexto de interesses competitivos, oposições de classe, desigualdade de gênero e relações de poder. E nisso, o processo de participação se torna o momento de encontro onde os conflitos mostram as desigualdades e o descompasso no atendimento às demandas de saúde, e ao direito de exercer a cidadania. Os autores afirmam que as políticas de saúde também podem reproduzir violência estrutural, pois são definidas em um contexto de relações de forças em grande escala, como o racismo, sexismo, violência política, pobreza e outras desigualdades sociais. (CASTRO; SINGER, 2004 p. 13 xiii,).

A participação está relacionada a um contexto extenso de produção social. Ela é desenhada pelas relações entre estado e sociedade civil. Para entender a participação, precisamos considerar e analisar a produção dos conflitos advindos de seu processo. A participação é moldada por conflitos que a antecedem, por intencionalidades que a configuram e por conflitos consequentes de seu processo. Em outras palavras, o processo de participação é organizado por velhos conflitos e terminado com novos que surgem e se somam após o processo. É como um círculo vicioso, no qual os poderes oscilam desproporcionalmente. Pensar sobre essas questões é considerar as relações de poder que envolvem o meio político e governamental. Paula Donnely Roark explica que a participação está relacionada

ao poder, mas que nem sempre é entendida dessa forma. Em seu livro *Social Justice and Deep Participation* (2015), a autora considera as relações de poder como estruturantes do processo de participação. Ela considera um ponto importante, o poder não somente advindo de forças coercitivas e ameaças políticas, que estão fortemente presentes na participação. Ela também considera que o processo de participação tem o poder de juntar e conectar as pessoas. Embora a atividade coercitiva de um seja mais forte do que outros, não extingue totalmente a potencialidade deste processo. (Roark, 2015, p.37).

Com isso, o processo de participação também abre espaço para as possibilidades de contrapartidas, de reivindicações que se somam neste momento conflitivo. Por isso que, de certa forma, a participação é “flutuante”, se direciona conforme as forças que a impulsionam. Ou seja, não é garantido à gestão que o processo de participação será finalizado como objetivado pelos aparatos governamentais. Ela pode ocorrer com imprevistos e escapes que precisarão ser registrados. Nos espaços institucionais destinados à participação é onde os segmentos não governamentais chegam mais próximo da margem que os separa do segmento institucional, da gestão e, conseqüentemente, dos que têm maior poder de controle e decisão. Por isso, devemos, sim, considerar o processo de participação como um espaço de poder nesses dois sentidos colocados por Roark.

A situação específica que tive em minhas mãos foi a de ver que o processo de participação era uma incógnita em uma Unidade Básica de Saúde em um povoado de Aracaju, no qual realizamos a pesquisa durante o Mestrado. O momento para a realização das conferências em todo o Brasil estava se aproximando, e a Unidade de Saúde não tinha um Conselho ativo e atuante, pois já fazia algum tempo que os membros não se reuniam. O campo de pesquisa estava fragilizado com a organização da conferência local. A relação da necessidade de ter um controle social e a organização do conselho local não estava sintonizada e, por isso, o processo de participação se tornou uma incógnita a ser desvendada, tornando, assim, o objeto de pesquisa para o Doutorado. Olhar para o processo de participação na área da saúde se tornou objetivo principal, assim como também, descrever o momento de seu acontecimento.

Para acompanhar o processo de participação, o Povoado de Areia Branca em Aracaju foi um ponto de partida. Desde 2010, foram realizadas visitas ao

povoado, e houve acompanhamento do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Durante o tempo da pesquisa no Mestrado, foi possível conviver com moradores, conhecer diferentes histórias no cotidiano e a relação com o cuidado à saúde. O povoado é localizado na Zona de Expansão da cidade e possui aspectos interioranos que resistem ao processo de urbanização da cidade de Aracaju. O interesse em estudar a participação surgiu juntamente às inquietações de uma das agentes de saúde, Dora, em renovar e fortalecer o Conselho de Saúde. Depois desta pesquisa, os laços continuaram e surgiu a necessidade de conhecer e analisar o processo de participação dos moradores no Conselho local de saúde.

Para uma ampliação do campo de pesquisa - visto que as conferências de saúde local estavam acontecendo em todos os bairros e Unidade de Saúde, algumas vezes simultaneamente – mapeamos um outro lugar, o bairro Coroa do Meio em Aracaju, para conhecer outras possíveis formas em que o processo de participação estaria sendo construído. Este é um bairro com dupla característica. Possui uma parte praiana, com bares, hotéis e prédios residenciais; e outro, mais próximo do rio, caracterizado como uma área de ocupação. A Unidade de Saúde atende toda a região deste bairro. A Assistente Social, Lizia, e a Agente de Saúde, Gil, estavam a frente na organização do conselho e da conferência de saúde local. Participei de algumas reuniões do Conselho, da Conferência e realizei entrevista com Lizia e Gil.

Após as pré-conferências locais, segue o próximo passo que é a realização da Conferência Municipal de Saúde de Aracaju e sequencialmente a Estadual de Sergipe. Durante as conferências foi possível conhecer muitas pessoas envolvidas de diferentes maneiras no processo de participação. Diferentes histórias e intencionalidades se cruzam em um espaço conflituoso, destacando os atritos entre interesses diversos. As conferências estão descritas neste trabalho aparecendo diferentes inserções de atores sociais envolvidos no processo. Além das conferências, sentiu-se a necessidade de continuar algumas conversas. Por isso, algumas entrevistas foram realizadas com o presidente do conselho Municipal, seu Augusto (que iniciou a sua gestão pós-conferência); o vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde, seu Eduardo; uma ‘ex’ conselheira e pioneira da pastoral da criança no estado, dona Udinha e um jovem Conselheiro Nacional de Aracaju, Dalmare. Todos os entrevistados e participantes permitiram (e alguns fizeram questão) que seus nomes fossem citados no trabalho, sem usar nomes fictícios.

Os registros foram feitos por meio de diário de campo, vídeos, áudios e fotos. As entrevistas foram marcadas durante as conferências. Pessoas que me foram apresentadas; ou que conheci por acaso; por sentarmos perto durante a conferência, e assim por diante. As pessoas entrevistadas foram e são importantes no processo de participação no município e no estado. Além de conversas durante as conferências, vimos a necessidade de conversarmos mais, e por isso, as entrevistas. As entrevistas foram continuação do que foi conversado durante as conferências. Foi conversa baseada no contexto de Aracaju, o que pensam sobre a participação e um pouco de suas histórias.

Os dados aqui registrados partem de um princípio metodológico de ‘pegar no ar’, as inúmeras reações advindas das relações que constituem a participação. As “falas dispersas” e a tentativa de “pinçar os gestos”, como foi mencionado, estão norteando o trabalho e a problematização do processo de participação. É uma tentativa de deslocar as análises sobre a participação e repensar o processo a partir do que os atores sociais falam e reagem quando se colocam numa relação de enfrentamento, de relação “face a face” durante reuniões e conferências. Queremos valorizar e dizer que as falas de salas de espera, de corredores, entre muros e cochichos, têm algo que fogem dos discursos esperados e padronizados quando se é entrevistado ou quando se está apresentando alguma proposta para uma plateia.

As discussões teóricas que perpassam neste trabalho tratam do processo de participação como uma potência democrática e que, embora tenha uma potencialidade ilusória muito forte, este ainda é considerado um instrumento de garantia de direitos que deve ser mais abordado e mais fortalecido coletivamente. Neste sentido, se tornou um desafio escrever sobre o processo de participação através de um trabalho de campo etnográfico. Não se trata obrigatoriamente de uma escrita etnográfica, mas sim de um olhar etnográfico sobre a participação. Isso se define na forma de trabalho de campo, no tempo gasto, nas experiências vividas e na forma como se olha e se analisa o objeto de estudo. A etnografia contribuiu para se pensar na participação a partir de olhares, situações, circunstâncias e eventos que se cruzam. O processo de participação visto por este ângulo mostra diferentes faces e maneiras pela qual a participação é usada. Os diferentes usos atribuídos à participação, os interesses e intencionalidades que a configuram, traçam sua definição e sua funcionalidade. Através da perspectiva etnográfica podemos legitimar diferentes maneiras de ver, perceber e analisar.



Diante das colocações e reflexões sobre a pesquisa científica e da perspectiva metodológica, percebe-se que a inserção no campo permite uma aproximação, um envolvimento que exige dedicação e comprometimento. No contexto atual, as vantagens que esta perspectiva proporciona são as de que o pesquisador pode e deve escolher para que lado direcionar os interesses de seus estudos que, devem em primeiro lugar, estar ligados as necessidades e anseios do campo de pesquisa. Refletir sobre metodologia é refletir sobre a forma de fazer, registrar, problematizar, e analisar o universo estudado, não necessariamente nesta ordem. Assim como também pensar nos usos que o estudo terá e nas formas em que ficará registrado. E é neste clima, nesta perspectiva de pesquisa e análise, que este trabalho vem se inspirando.

## 1. SAÚDE, PARTICIPAÇÃO E POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

A Política de Saúde no Brasil está situada como um dos tripés que compõem a Seguridade Social brasileira. Segundo a Constituição de 1988, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988 Art.194). A Seguridade Social Brasileira é composta por três pilares: a Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Nogueira (2001) explica que fica destinado à saúde a garantia de proteção integral enquanto direito de todos e dever do estado; à previdência, um regime de seguro social, contributivo e obrigatório a todos os trabalhadores; e à assistência, um direito não contributivo a quem dela necessitar. A mesma autora afirma que a Seguridade Social passou por um processo de descentralização, principalmente na Saúde e Assistência, com um comando único em cada nível de governo, através do qual os municípios deveriam obter maior poder de legislação e autonomia na esfera tributária e fiscal, além de maiores atribuições e responsabilidades na condução das políticas sociais.

O SUS, segundo o artigo 4º da Lei 8080, “é o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990). A Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde -SUS -, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. O SUS é considerado um sistema de saúde único que está sempre em construção. Ele é único, porque atende a todos os brasileiros em todo o território nacional, objetivando abrangência do cuidado à saúde, com tratamento e prevenção de doenças, promovendo saúde e qualidade de vida.

As doutrinas que norteiam o Sistema Único de Saúde são: a universalidade, a equidade e a integralidade. A *universalidade* corresponde ao acesso igualitário a todos os cidadãos aos serviços de saúde. É considerada como um direito do cidadão e um dever a ser cumprido nas três esferas governamentais: Municipal, Estadual e Federal. A *equidade* pretende assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso com o

objetivo de atender a todas as demandas. A *integralidade* é o reconhecimento de um todo integral, tanto os serviços, os trabalhadores como os usuários do SUS. Objetiva ver a saúde como algo complexo, para além da condição de doença, tratando as pessoas a partir de seu contexto, de forma integral.

Os princípios que regem a organização do SUS em todo o Brasil são a regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; participação; e a complementariedade do setor privado. Veremos, brevemente, cada uma destas doutrinas.

A *regionalização e hierarquização* são onde os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (primária, secundária e terciária) para, então, ter a definição da área a ser atendida e proporcionar acesso a todas as modalidades de assistência. Vale ressaltar que o acesso da população à rede deve ser através dos serviços de nível primário de atenção. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, como hospitais de médio e grande porte. Com isso, tem-se um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar;

A *resolubilidade* é a exigência de que o atendimento se efetive. Quando uma pessoa busca o atendimento e também quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deverá estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

A *descentralização* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Por conseguinte, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

A *participação dos cidadãos* é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e

prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever de as instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Sobre a *complementariedade do setor privado*, a Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições: 1ª) a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; 2ª) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3ª) a integração dos serviços privados deverá ser na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. (Ministério da Saúde, BRASIL, 1990).

A participação é um dos princípios que regem o SUS. E é sobre esse tipo de participação, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, que estamos vendo neste trabalho. Como uma introdução à problematização do processo de participação, iremos nos debruçar sobre alguns autores brasileiros e estrangeiros que possuem trabalhos já realizados a respeito do assunto. Esses são autores que nos ajudaram a pensar sobre o campo de pesquisa e a analisar o processo de participação através da perspectiva etnográfica adotada.

Neste tópico, pretende-se fazer um levantamento de algumas discussões acerca da política de saúde no país e as discussões sobre o a participação. Começamos situando a política de saúde na Seguridade Social Brasileira e o aparato legal que envolve o SUS, como a lei 8080/1990, as doutrinas (em que a participação é uma delas). Também será discutida a transformação do conceito de saúde e o direcionamento da política pública de saúde com o movimento da reforma sanitária.

O conceito de saúde mais abrangente na Constituição de 1988 foi fecundado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, que culminou na construção do SUS. Nesse momento, outro cenário das políticas

públicas de saúde no Brasil estava sendo lançado. Essa conferência é considerada um marco na história das conferências, pois foi a primeira aberta à sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

O marco histórico foi também que, com essa conferência, formaram-se as bases para a seção sobre a saúde na Constituição Brasileira de 1988 e influenciou na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A comissão organizadora desta conferência foi presidida por Sergio Arouca, que foi uma das principais lideranças do movimento. Os eixos temáticos desta conferência foram “saúde como direito”, “reformulação do sistema nacional de saúde” e “financiamento do setor”. Esse foi considerado um amplo processo de mobilização no país, que articulou a representação de diferentes segmentos e incentivou a realização de pré-conferências estaduais.<sup>3</sup>

“É o momento de pensar quais são as possibilidades reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil. Esse é o porquê da conferência... Assim ela nasce: no instante da discussão sobre a formulação do sistema de saúde no Brasil, infelizmente quase foi tratada como uma simples reforma administrativa”.  
(AROUCA, 1986)<sup>4</sup>

Arouca foi um dos grandes idealizadores do SUS e um dos importantes protagonistas da Reforma Sanitária. A necessidade de praticar uma medicina que fosse além da doença era algo que movia os médicos sanitaristas. As discussões da reforma sanitária surgiram pouco antes da 8ª Conferência de Saúde, que objetivava pensar a medicina ligada à qualidade de vida, à igualdade e justiça social. A Reforma Sanitária foi uma mobilização dos profissionais e militantes da área da saúde para combater a ditadura, ampliar e redefinir os rumos da medicina no Brasil.

---

<sup>3</sup> Mais dados sobre a história das Conferências encontram-se em <http://www.nesp.unb.br/mobilizasaude/?p=412> [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) , <https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>, <http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/>

<sup>4</sup> Fala de Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde, retirada do site <http://www.nesp.unb.br/mobilizasaude/?p=412>, postado em 5 de maio de 2015.

Os profissionais da saúde estavam passando por problemas de falta de reconhecimento e suporte do governo. Seus salários atrasavam e a rotineira precariedade dos serviços preocupava os profissionais.

Os trabalhos de Arouca (O Dilema Preventista, 1975) e de Cecília Donnangelo (Medicina e Sociedade, 1975) foram considerados marcos na construção de uma teoria social da medicina. Para Arouca, a saúde deveria se constituir como uma função permanente do Estado e que o movimento da reforma sanitária deveria ser constante e não resumido na criação do SUS.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998)<sup>5</sup>

O SUS hoje tem quase 30 anos de existência e é considerado um sistema muito jovem, que precisa de muitas mudanças e melhorias. O importante a ser considerado é que o SUS vem se aprimorando devido às lutas de movimentos sociais e à participação de diferentes segmentos. O constante combate ao desmonte do SUS é crucial na manutenção do serviço público de saúde. A saúde como direito do cidadão e dever do estado vem pautando as conferências de saúde em todo o país. O SUS é um exemplo concreto das conquistas dos movimentos sociais e das possibilidades que a mobilização social pode alcançar. Isso nos mostra que as conquistas precisam constantemente de reforço e de atuação para permanecerem como tais.

---

<sup>5</sup> Esta citação foi retirada do site oficial sobre Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pode ser acessada pelo site <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

O ensino médico passou por grandes transformações e, cada vez mais, foi tendo influências de estudos que relacionavam o pensamento sociológico com as práticas médicas. A ampliação do olhar médico teve uma ligação forte com o contexto social, enfatizando a prevenção como ponto crucial a ser considerado. Cecilia Donnangelo obteve grande influência na aproximação entre as ciências sociais e a medicina, considerada pioneira na construção de um pensamento social em saúde. Com os estudos de Donnangelo, o questionamento sobre as diferenças de classe e a neutralidade da profissão médica foi posto em análise. A influência do pensamento marxista sobre o processo de produção e a força de trabalho gerou problematizações acerca do papel em que a medicina desenvolve na sociedade e de como contribui com o processo de produção.

O processo através do qual a prática médica toma necessariamente como seu objeto diferentes categorias e classes sociais constitui também aqui, o ponto central para a análise dos aspectos que caracterizam essa prática nas sociedades capitalistas, particularmente no capitalismo industrial. (...) a exclusão, ainda atual, de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, tanto em sociedades capitalistas centrais quanto nas dependentes, bem como a constatação de que a medicina institucionalizada produz – na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza a tecnologia, favorece o atendimento diferencial das classes sociais – o caráter de classe da sociedade, tem-se levado, com frequência, ao centro do debate político acerca da estrutura dessas sociedades. (DONNANGELO & PEREIRA, 1976 p.31-32)

Pensar a prática médica dentro do contexto da produção capitalista trouxe desdobramentos importantes sobre as implicações da neutralidade que a profissão ainda hoje se alimenta. A medicina tem um papel crucial na saúde pública, e a posição que esta assume perante a sociedade contribui para o agravamento, ou não, das desigualdades sociais. Por isso, é importante contextualizar as raízes e os movimentos dentro do contexto da medicina no que tange a sua própria transformação ao longo do tempo. Os avanços são pertinentes e o movimento sanitário do qual estamos falando implodiu a medicina e impulsionou o

desenvolvimento de políticas públicas e de considerar a saúde como um bem, um direito de cidadania.

A construção da saúde enquanto direito e dever do estado foi simultaneamente germinada e alimentada nos meios acadêmicos. Relacionar problemas sociais e de desigualdade econômica com a saúde foi um ponto diferencial que mudou o percurso da prática médica. Contudo, a saúde, além de ser vista como um problema social, passou também a ser observada como um problema político. As políticas públicas de saúde passaram a ser exigidas como forma de compensação às mazelas produzidas pela falta de acesso a bens e necessidades básicas consideradas essenciais para uma vida saudável.

Assim, as ciências sociais aparecem no cenário da medicina e os primeiros sociólogos são contratados. De outro lado, a partir dos anos 1960, inicia-se uma mudança na estrutura dos serviços de saúde (expansão da cobertura, unificação dos institutos de aposentadorias e pensões – IAPs), assim como dos padrões de morbimortalidade, trazendo estas temáticas para o campo de pesquisa. Assim, iniciava-se o movimento, que ao longo dessas décadas (1960/70) procurou diagnosticar, analisar e compreender a saúde sob o prisma das ciências sociais. (NUNES, p. 915, 2008).

Compreender a saúde através de uma leitura sociológica contribuiu para a ampliação tanto da medicina quanto das políticas públicas de saúde, que, a partir do movimento da reforma sanitária e do processo de democratização do país, passaram a fazer parte uma da outra. De acordo com Luz (1995), a percepção social da saúde como direito de cidadania é considerada um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Afirma que esta percepção é fruto dos movimentos sociais na área da saúde da segunda metade dos anos 1970 e do início dos anos 1980.

A Reforma Sanitária instaurou uma política de saúde inédita, na qual a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado implicou em uma visão "desmedicalizada" dela, ou seja, na quebra da visão tradicional que identifica a saúde como ausência relativa de doença. O projeto de Reforma Sanitária brasileira



foi um movimento que ganhou destaque no final da década de 1970 e se caracterizou como um movimento pela democratização da saúde, organizado por profissionais e intelectuais da área, estudantes e diversos movimentos sociais que culminaram na construção deste projeto.

Para Luz (1995), a concepção de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado veio em oposição de base no que se refere aos temas específicos das políticas para a saúde. Segundo a autora, esta questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania. Podemos verificar essa afirmação no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Diante desse movimento de reconceituação e de abrangência enquanto política pública, a saúde começa a ser vista por outros ângulos, passa a ser tratada de forma ampliada, enfatizando a qualidade no atendimento, especialmente, em promover e prevenir doenças, alcançando, assim, maiores níveis de qualidade de vida da população. O sistema de saúde passa a ter ações de promoção e proteção à saúde, bem como de recuperação e reabilitação, constituindo os objetivos que norteiam as ações do SUS. Sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 define que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Lei 8080, 1990).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), o conceito de saúde engloba as condições e o contexto em que as pessoas estão inseridas, ultrapassando o velho binômio saúde-doença. Com isso, a prevenção ganha ênfase e importância

nos serviços de saúde, embora, na prática, ainda se verifica um atendimento focalizado na doença, ainda desconsiderando os demais fatores que também são determinantes para a saúde.

Segundo Vasconcelos, o Movimento da Reforma Sanitária surgiu para afirmar "a relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde" (VASCONCELOS, 2002, p. 76). Esse movimento teve inúmeras repercussões as quais foram sendo estabelecidas através de novos programas, que foram aperfeiçoados e transformados, devido à organização e à participação dos profissionais, do Estado e da Sociedade Civil com as Conferências de Saúde. Com isso, o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS - 8080/90 e 8142/90), ganhou força e espaço no debate sobre o atendimento integral, descentralizado e participativo correspondente aos princípios e às diretrizes do SUS e com o objetivo de garantir o atendimento na perspectiva do novo conceito de saúde conquistado.

A noção de atendimento interdisciplinar surgiu também nesse mesmo contexto de ampliar a saúde. A articulação e a interação devem estar pautadas nas mesmas intencionalidades, pois o atendimento isolado de diferentes profissionais reduz o conceito de saúde e reproduz o atendimento focalizado. "...O serviço de saúde se funda numa interrelação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato." (PASSOS NOGUEIRA, 1995).

Segundo Nunes, para o campo da Saúde Coletiva, os anos 1970 representam um momento em que se inicia uma estruturação formal, especialmente na formação de recursos humanos e no avanço das ciências sociais na saúde. "Do ponto de vista teórico acadêmico, ressalta-se a divulgação de alguns trabalhos como os de Cecília Domnangelo (1975), Arouca [1975] (2003), Luz (1979), Garcia (1981), Rodrigues da Silva (1973) e a criação do primeiro curso de pós-graduação em medicina social no RJ em 1974." (NUNES, 2000, p. 21). Toda essa movimentação acadêmica pela transformação da saúde e da necessidade de implementar melhorias influenciou na formulação do sistema público de saúde.

Para Amélia Cohn, o que está em foco na Saúde Coletiva são “estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente como ‘um direito de todos e dever do Estado’, tal como reza a Constituição Brasileira de 1988.” (COHN, 2000 p. 219). Sob esse aspecto, os estudos de natureza política tratam, necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde, a saber: “a dimensão do exercício do poder; e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolhas de prioridades...” (COHN, 2000 p. 221).

Virginia Junqueira (et al) faz uma relação interessante sobre os embates entre o interesse em manter a saúde como direito e o de transformá-la em mercadoria. Nas décadas de 1970 e 1980, foi iniciada a gestação do projeto que instituiu o SUS. Os segmentos que se uniram e formaram a Reforma Sanitária estavam reagindo às ameaças da exploração mercantil que passou a direcionar a assistência médica. “Em consequência, nunca é demais afirmar que o SUS não é um projeto suprapartidário, como muitos querem crer. Na verdade, trava-se nele uma disputa de projetos, esclarecida pelo confronto entre saúde como direito e a saúde como mercadoria”. (JUNQUEIRA et al, 2009 p.512).

De acordo com Merhy (1997), o resultado procurado nos serviços de saúde não é de fácil acesso. Isso é oriundo das dificuldades das políticas de atendimento, pois os usuários, muitas vezes, não chegam ao final esperado, que é ter sua demanda atendida. Através de uma análise do cotidiano das relações e organização do sistema público de saúde, o autor ressalta que muitos usuários desistem de esperar o atendimento, devido às enormes filas de espera ou por residirem em cidades muito distantes e não conseguirem seguir os encaminhamentos. Segundo o mesmo autor, há uma demanda reprimida nesses serviços. E isso é consequência do modo como as políticas sociais vêm se estruturando. Ao trazer a micropolítica do trabalho vivo em saúde, Merhy (1997) coloca que, dentro do processo de atendimento, há o que chama de autogoverno, caracterizado na autonomia dos profissionais, formando a tríade fundamental nesta relação de micropolíticas: profissionais, instituição e usuários dos serviços.

O financiamento do SUS é tripartite, ou seja, feito com o custeio das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal). Os percentuais de investimento

financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Nessa lei, são definidas as Ações e os Serviços Públicos de Saúde (ASPS), os quais devem estar diretamente relacionados com os gastos em cada esfera de governo. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Diversas instituições organizadas reivindicam, inclusive, nas conferências de saúde de 2015, que a União destine, pelo menos, 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública brasileira, o que não se consolidou com a sanção da Lei Complementar nº 141. Diante disso, organizou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, *Saúde + 10*, com o objetivo de coletar assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que assegure o repasse desse percentual, alterando a legislação vigente.

Consideramos que o universo da saúde, tanto o cuidado pessoal quanto em níveis de políticas públicas, está diretamente relacionado a uma imensa rede de determinantes e condicionantes. A economia que rege e ao mesmo tempo é regida pela saúde tem um papel importante no direcionamento do atendimento oferecido. Por causa da globalização, o poder econômico que envolve patentes, as possíveis privatizações e o controle fiscal determinam os direcionamentos dos investimentos em saúde. Os gastos são determinados por esse amplo relacionamento com a economia interna e externa. Para Pat Armstrong (2008), quando o dinheiro se torna fator determinante, a desigualdade é inevitável. O orçamento governamental determina os caminhos em que as propostas e as reivindicações - dos movimentos sociais e das instituições participativas, como os Conselhos e Conferências de saúde - devem tomar.

De acordo com estudos de Soares e Santos, a situação do financiamento da saúde no Brasil não tem mudado significativamente desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Os autores analisaram os gastos com a saúde nos governos de FHC, Lula e os dois primeiros anos de Dilma Rousseff. Nesse período,

os gastos com a saúde pública demonstraram ser inferiores do que os gastos do setor privado.

No ano de 2011, os gastos com a saúde pública foram de 45,7% enquanto que, no setor privado, foram de 54,3%. Usando os números para comparar, os autores mencionaram que esta porcentagem é a mesma de países como o Chile, Estados Unidos, México, Paraguai e Venezuela, os quais não possuem um sistema de saúde universal e integral como o SUS. Na mesma perspectiva de comparação, os autores mencionaram países como o Canadá, Espanha, França e Reino Unido, que possuem características similares às do SUS em seus sistemas de saúde. Nesses países, os gastos com a saúde pública são majoritários, entre 70% e 83% no total, o que gira em torno de 9% do PIB. Enquanto que, nos países citados primeiro, incluindo o Brasil, os gastos estão em torno de 4% do PIB. (Soares; Santos, 2014).

A disparidade mostrada nos números também está refletida no dia a dia das instituições de atendimento à saúde. A condição precária apresentada pelo sistema de saúde pode ser vista desde o nível primário de atendimento até os níveis mais altos de complexidade como os grandes hospitais. O SUS tem amplo alcance e muitas conquistas foram adquiridas, mesmo em sua condição de precário financiamento. Os programas de prevenção de doenças infectocontagiosas são grandes exemplos de que o sistema público de saúde é necessário e possível de funcionar.

Os investimentos com a saúde pública no Brasil precisam ser maiores. Por isso, a movimentação da proposta *Saúde +10*. O conselho Nacional de Saúde (CNS) atua fortemente para que mais investimentos sejam destinados à saúde. Para que o SUS, desenhado pelo movimento sanitário e escrito na Constituição Federal de 1988, possa ser colocado em prática, os investimentos com a saúde precisariam ser drasticamente elevados.

França e Costa (2011) discutem que os investimentos na saúde foram alocados de forma precária, mas que apresentam uma leve evolução. Destacam o período de 1995 a 2004 e as tentativas de implementação dos recursos destinados à saúde e sua distribuição nas esferas de governo. Os autores examinam a eficiência dos mecanismos institucionais usados com o objetivo de garantir regularidade e ampliação dos meios de arrecadação. Para isso, os autores analisam o desempenho da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e a emenda

constitucional número 29 (EC 29). Uma das determinações constitucionais a respeito do financiamento do SUS diz que este deve ser financiado com recursos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. Cada esfera possui participação específica no orçamento, sendo a esfera federal majoritária.

A força e articulação do Movimento Sanitário e grupos de interesses em torno da saúde foram determinantes no direcionamento das iniciativas de estabilizar o financiamento. A saúde precisa de investimentos fixos que não oscilem tanto e não sejam atingidos drasticamente pelas crises e por interferências macroeconômicas. Embora, de acordo com os autores, o investimento na saúde não tenha crescido significativamente como deveria, os autores analisam dados importantes de investimentos e a contribuição tributária destinada ao setor da saúde e sua relação com a Seguridade Social. A proteção do financiamento da saúde vem, principalmente, de iniciativas da união. Através dos dados obtidos, os autores afirmam que é nítido o progressivo distanciamento entre a arrecadação e o emprego da CPMF em saúde naquele período.

Como vimos, o financiamento da saúde é diretamente relacionado ao PIB. A porcentagem reservada aos gastos da saúde não é suficiente para atender à demanda de todos os serviços prestados. A demanda cresce desproporcionalmente em relação ao investimento. As crises financeiras afetam diretamente este setor e fazem os investimentos oscilarem frequentemente, afetando a qualidade dos serviços. A fragilidade financeira ameaça o sistema de saúde e o torna precário. A garantia dos direitos constitucionais depende diretamente da condição financeira em que o setor da saúde apresenta e das intencionalidades governamentais em destinar recursos. As manobras e os interesses governamentais também permitem que a saúde permaneça nessa condição frágil e incerta.

O foco deste trabalho não é analisar profundamente o financiamento da saúde, visto que existem trabalhos sobre isso, como os dos autores citados anteriormente. No entanto, o financiamento da saúde está presente e é determinante do quadro em que ela se encontra, por isso, a necessidade desta discussão. A participação está dentro desse universo. As propostas e demandas apresentadas durante as conferências de saúde dependem diretamente da relação entre o custo e a vontade política em investir na qualidade de vida da população.

A descentralização na Saúde permitiu a transferência de responsabilidades para estados e municípios que devem ter percentual de investimentos em seu próprio território. Cabe ao município focar em ações do nível de atenção primária, não impedindo que este invista em outras ações conforme os objetivos governamentais e a arrecadação do município, assim como também os Estados. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro do SUS na esfera federal. Cada estado e município pode ter seu fundo de saúde, os quais estão interligados no gerenciamento de recursos e de investimentos entre as esferas de governo.

A gestão da saúde envolve todo este universo financeiro. Gerenciar recursos, demandas e investimentos requer habilidades que diferenciam de acordo com as intencionalidades governamentais. O papel da participação no regimento do SUS é garantir que o sistema permaneça público, gratuito e universal. É uma constante articulação para que a saúde seja incluída nas agendas e nos orçamentos governamentais, tanto para garantir o mínimo regido em lei, quanto para criar outras possíveis fontes de financiamento. A saúde é considerada uma política pública de alto custo e, por isso, sofre as consequências de cortes de orçamentos, crises financeiras e corrupção.

O âmbito internacional também influencia na gestão da saúde. O movimento em considerar a saúde enquanto direito de todos está presente em muitos outros países. O Brasil e mais 191 países fazem parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define alguns padrões e concepções de atendimento. “No século 21, a saúde é uma responsabilidade compartilhada, envolvendo acesso com equidade para os cuidados essenciais e defesa coletiva...” (OMS, 2012). Em termos de legislação, os países participantes possuem muito em comum. No entanto, não são somente tais concepções que definem o cuidado com a saúde. Cada país possui necessidades e problemas diferenciados que envolvem o sistema de atenção à saúde.

A Organização Mundial da Saúde também fez parte da construção de um dos mais importantes documentos em relação à saúde no mundo, a Carta de Ottawa de 1986. Esta carta foi elaborada em uma Conferência Internacional organizada conjuntamente pela OMS, o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Canadá e a Associação Canadense de Saúde Pública. Contou com a participação de duzentos delegados de trinta e oito países que se reuniram para trocar experiências e conhecimentos dirigidos à promoção da saúde.

A Carta de Ottawa de 1986 é um documento importante sobre a promoção da saúde, a qual mostra as iniciativas em determinar a saúde como principal estratégia política de direitos humanos no mundo. No entanto, tais determinações nesta Primeira Conferência Internacional, que teve como objetivo “saúde para todos no ano 2000”, também mostram outro lado da moeda dos sistemas de saúde: são manuseados conforme interesses econômicos e políticos, determinados por uma relação de poder e saber mascarados e maquiados com a noção de promoção da saúde. Esse documento afirma a saúde “como fonte de riqueza da vida cotidiana”, marca também a relação dos modos de vida como determinantes da saúde da população, “mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas...”. Diante de algumas definições como esta, a da OMS e a do próprio SUS, percebe-se que a saúde da qual descrevem parece ser um estado ainda inatingível nas práticas cotidianas atuais.

Ao tentarmos visualizar o contexto de saúde de uma forma panorâmica, obtém-se um resultado, de certa forma, oposto aos “idealizados” nos documentos que regulamentam as políticas de saúde. Em termos “globais”, a saúde vem se constituindo como um grande mercado mundial, devido aos elevados preços de tratamentos e serviços. A saúde parece ganhar ênfase nas prateleiras dos mercados nacionais e internacionais, determinando e gerando interesses econômicos que se destacam em relação à promoção de uma saúde “pública”.

Nos últimos anos, por exemplo, vem aumentando o que Leigh Turner (2007) chamou de “medical tourism”, em seu artigo *“First World Health Care at Third World Price: globalization, bioethics and medical tourism”*. Países como Índia, Indonésia, Malásia e muitos outros estão sendo alvo na busca por tratamentos de saúde mais baratos e acessíveis, especialmente em países em que prevalece o sistema de saúde privado, como é o caso dos EUA. Pacientes sem plano de saúde estão procurando o que chamam de “turismo médico”, compram o “pacote”, que pode incluir tratamento, internação, passagem e hotel. Esses procedimentos de deslocamento são considerados mais baratos do que se realizarem o tratamento em seu próprio país.

A busca por saúde, tratamentos e prevenção promove um deslocamento de pessoas à procura por atendimento e melhores condições de vida desde o nível local e próximo entre bairros e municípios, como em níveis internacionais, cruzando



fronteiras, crenças e culturas diferentes para obter atendimento médico, almejando uma cura e libertação de um estado de enfermidade. A saúde é um dos, se não o único, fatores em que a necessidade está presente em todas as pessoas, independentemente de raça, classe ou gênero. O que muda para cada categoria dessas é a forma como é recebido o devido tratamento. O SUS é responsável por organizar o atendimento à saúde no Brasil. Em relação a muitos outros países onde não existe um sistema de saúde público unificado, o Brasil possui um grande exemplo de como desenvolver o atendimento à saúde pública. A redação da lei que rege o funcionamento do SUS, a Constituição Federal, e outras leis que regulamentam a garantia dos direitos são instrumentos fundamentais. No entanto, sabemos que há discrepâncias, e um imenso distanciamento entre o que acontece no dia a dia e os direitos descritos em lei.

O processo de participação é um instrumento legítimo de controle social e luta por direitos. Embora havendo forças contrárias, como as tentativas de privatização, falta de investimentos, disputa de poder e corrupção, o processo de participação institucional ainda abre possibilidades para que importantes avanços aconteçam.

A participação vem sendo discutida por muitos autores em diferentes países. São autores preocupados em levantar questões acerca deste âmbito que é necessário às práticas democráticas de gestão governamental e de vida cotidiana. A participação é ao mesmo tempo uma forma de gestão e uma forma de reação, de contrapartida. O cenário da participação é caracterizado por disputas e pela demarcação de dois campos distintos, a saber, a gestão governamental que viabiliza o processo de participação regido por lei; e os representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços do SUS. Representantes de Movimentos Sociais se fazem presentes como conselheiros e como participantes das Conferências de Saúde. O Conselho e as Conferências são as principais instâncias participativas legitimadas pela gestão, tendo a participação de vários segmentos para o exercício do controle social.

O Decreto nº 8243 de 23 de maio de 2014 institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), que foram criados para fortalecer a participação social como “método de gestão”. O objetivo é criar instâncias permanentes de diálogo e incentivar a participação da

sociedade na elaboração, implementação e no acompanhamento das políticas públicas.<sup>6</sup> Os objetivos são:

Art. 4º - São objetivos da PNPS, entre outros:

- I - Consolidar a participação social como método de governo;
- II - Promover a articulação das instâncias e dos mecanismos de participação social;
- III - aprimorar a relação do governo federal com a sociedade civil, respeitando a autonomia das partes;
- IV - Promover e consolidar a adoção de mecanismos de participação social nas políticas e programas de governo federal;
- V - Desenvolver mecanismos de participação social nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento;
- VI - Incentivar o uso e o desenvolvimento de metodologias que incorporem múltiplas formas de expressão e linguagens de participação social, por meio da internet, com a adoção de tecnologias livres de comunicação e informação, especialmente, softwares e aplicações, tais como códigos fonte livres e auditáveis, ou os disponíveis no Portal do Software Público Brasileiro;
- VII - Desenvolver mecanismos de participação social acessíveis aos grupos sociais historicamente excluídos e aos vulneráveis;
- VIII - Incentivar e promover ações e programas de apoio institucional, formação e qualificação em participação social para agentes públicos e sociedade civil;

---

<sup>6</sup> Dados da Secretaria de Governo sobre a PNPS, disponíveis em <http://www.secretariadegoverno.gov.br/participacao-social/politica>, e o decreto em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm)

## IX - Incentivar a participação social nos entes federados.<sup>7</sup>

O decreto aprovado em 2014 institui e garante diferentes formas de participação e a coloca como uma maneira de governar. A garantia deste direito e ao mesmo tempo a apropriação do processo pela gestão são processos antagônicos que podem trazer retrocessos e anular sua potência democrática. Baiocchi e Ganuza (2017) afirmam que a expansão global da participação, como nomeiam “a era da participação – age of participation” –, é “profundamente paradoxal”.

O paradoxo da participação analisada pelos autores é um importante ponto a ser considerado. O processo de participação carrega interesses que se repelem entre gestores e não gestores. Os autores afirmam que “hoje estamos vivenciando um momento político em que a participação dos cidadãos não é mais domínio dos ‘outsiders’, mas tem sido encorajado, e se não diretamente obrigado, por governantes e agências multilaterais (...) a participação certamente não é mais um ‘contrapoder’; isso tem decisivamente se tornado parte do planejamento do próprio poder”<sup>8</sup>. (BAIOCCHI; GANUZA, 2017 p. 4).

Assim, os autores mencionam que esta estratégia governamental tem a intenção de transferir uma responsabilidade aos cidadãos que, teoricamente, seria do estado ou da empresa, corporação, entre outros. Cada vez mais, tem-se adotado uma gestão participativa com este intuito, o que mascara o domínio e o poder perante os que ajudam nas decisões. Neste segmento, a participação carrega duplo sentido e podem ser feitos diferentes usos desse processo.

---

<sup>7</sup> Decreto disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm)

<sup>8</sup> “However today we are witnessing a new political moment in which citizen participation is no longer the assumed domain of outsiders but has become widely encouraged, if not directly mandated, by governments and multilateral agencies. (...) Participation is certainly no longer a counterpower; it has decisively become part of the planning of power itself”. (BAIOCCHI; GANUZA, 2017 p. 4).

## 1.1 Discussões sobre o processo de participação

Como podemos perceber através da literatura e através do campo estudado, o processo de participação possui potencialidades distintas que oscilam de acordo com as intencionalidades governamentais e com o grau de organização coletiva que se fazem presentes neste meio. Como por exemplo, os autores Baiocchi, Heller e Silva (2011), no livro *“Bootstrapping Democracy”*, argumentam que o *“local government”* tem grande potencialidade para a transformação social e para o desenvolvimento democrático de um país. O governo local é um domínio importante na democracia. Os autores mencionam que muitas teorias, desde John Stuart Mill a Robert Dahl, têm argumentado que é no âmbito local que os cidadãos aprendem democracia. E, de acordo com esses autores, três características importantes têm chamado a atenção sobre o desenvolvimento local.

A primeira tem sido o crescente reconhecimento por parte dos estudiosos que as variações nos níveis de desenvolvimento e práticas democráticas internas de um país são, muitas vezes, mais significativas do que as variações, nestes níveis, entre países. Em um país como o Brasil, as variações nos indicadores sociais e econômicos variam muito de região para região e que as práticas democráticas e a organização governamental de um certo território podem ser muito diferentes de outros. A segunda característica está relacionada com o crescente processo de urbanização, o qual vem transformando localidades e cidades em centros de atividades econômicas e, ao mesmo tempo, em unidades sociopolíticas complexas a serem governadas. A terceira característica está relacionada com o que estudiosos do *“global South”*, sul global, nos anos 1990, encontraram o que aparentemente parecem ser efeitos contraditórios da globalização: “desregulamentação e liberalização de economias nacionais; a descentralização dos estados nacionais; e a tentativa de avançar na consolidação da democracia”. Os autores reforçam a ideia de que, com a globalização, houve mudanças no funcionamento dos estados, ao mesmo tempo, criou “arenas de contestação política”. Nesse contexto, a democracia ganha força no nível local e novas formas de contestação ganham espaço em paralelo ao fenômeno da globalização. (BAIOCCHI, HELLER e SILVA, p. 5-7 2011).

Com isso, os autores argumentam que o Brasil é um grande exemplo de que a descentralização fortaleceu a democracia e que, com isso, nas três últimas décadas, a elite dominante tem sido desafiada pela democratização e pela mobilização da sociedade civil. E eles afirmam que: “a sociedade civil brasileira tem desenvolvido sofisticadas formas de agenciamento coletivo e engajamento político”<sup>9</sup>.

A participação é um processo que viabiliza a democratização governamental, mas ela opera paradoxalmente. A democracia pressupõe considerar a amplitude da participação e sua relação com as decisões políticas, visando à igualdade e à liberdade de expressão. Além de muitos outros aspectos que a democracia proporciona, esta possui uma relação intrínseca com a justiça. A exploração pelo trabalho e a desigualdade social são principais fontes de injustiças e, assim, principais motivos reivindicatórios. A mobilização, os movimentos sociais, a participação são instrumentos possíveis de reações às desigualdades e injustiças vivenciadas pela maioria da população no Brasil e no mundo. Para Carole Pateman, a palavra participação tornou-se, nos últimos anos da década de 1960, parte do vocabulário político popular: “[...]isso aconteceu na onda de reivindicações, em especial, por parte dos estudantes, pela abertura de novas áreas da participação ... e por parte de vários grupos que queriam, na prática, a implementação dos direitos que eram seus na teoria”. (PATEMAN, 1992 p.09).

A participação ganha cenário na cena governamental e eleitoral. A luta por direitos e resistências dos trabalhadores e usuários do sistema de Saúde caracteriza o processo de participação, mesmo com forças contrárias. As agendas governamentais possuem um leque de negociações que interferem diretamente nas políticas públicas de saúde. As definições sobre participação passam por vieses que podem nos transferir um campo onde se restringe aos aspectos eleitorais e de representatividade de um sistema de governo.

---

<sup>9</sup> “This is precisely what makes Brazil such an interesting setting for understanding the possibilities for democratic transformation. Despite these significant authoritarian legacies and institutional distortions, over the past three decades elite domination has been fundamentally challenged by democratization and by the mobilization of civil society. Across a wide range of sectors and involving a wide range of groups, Brazilian civil society has developed sophisticated forms of collective agency and political engagement”. (BAIOCCHI, HELLER e SILVA p.7, 2011).

Eduardo Z. León chama a atenção para as interpretações que podem levar a participação para um cenário de convivência e afirmação dos poderes dominantes. Este autor busca definições que melhor possam expressar as relações intrínsecas que a participação tem com a democracia. Fala de uma democracia participativa a qual trata da disputa entre poderes e interesses que camuflam as possibilidades de práticas autônomas e de interesses comuns: “[...] democracia participativa pode ser entendida como uma série de pressupostos normativos e dispositivos institucionais mediante os quais se promove a igual participação dos membros e da comunidade em um processo político autônomo, mas restringido, em que se decidem os termos da cooperação e os fins da mesma” (LÉON, 2006 p.27).

A democracia é um sistema sempre instável e, apesar disso, tem mudado os rumos de muitos países. Segundo Patrick Heller, países como Brasil, Índia e África do Sul têm se desenvolvido significativamente através de um sistema democrático promissor. Na Índia, a democracia tem contribuído para promover a nação mais heterogênea. Na África do Sul, as políticas democráticas e as regras constitucionais têm levado a transição dos interesses de uma minoria branca para uma maioria negra com o mínimo conflito possível, embora ainda muito presentes. No Brasil, a transição para a democracia não somente contribuiu para neutralizar as ações dos militares, com bases institucionais de autoritarismo, como também contribuiu para o surgimento dos partidos de esquerda ligados aos movimentos sociais, como o caso do Partido dos Trabalhadores. (HELLER, 2013 p. 17).

Neste sentido, o desenvolvimento da democracia está diretamente ligado a práticas participativas, pois a participação dos cidadãos é um dos sentidos que embasam a democracia, e esta se torna efetiva quando os interesses diversos se equilibram. A democracia tem uma profunda relação em combater as desigualdades sociais e as injustiças. É um sistema de governo e de organização da vida cotidiana que ainda precisa se desenvolver. A participação faz parte deste aparato democrático. A participação vem sendo utilizada de inúmeras maneiras, e no âmbito da saúde, ela é historicamente importante para garantir o direito à igualdade no atendimento. Para Caroline Andrew, “a ideia de cidadania está também inextricavelmente relacionada com a noção de democracia e com a noção de um verdadeiro exercício de poder democrático” (ANDREW, 1995, p. 85).

A participação vem sendo discutida intensamente. Esta discussão é marcada por ambiguidades, como afirma Valla: “O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental” (VALLA, 1998 p. 09). Esse é um aspecto que foi visível durante as conferências de Saúde, descrito no tópico sobre a etnografia da participação deste trabalho.

A noção de participação que Valla trabalha está relacionada com a efetividade que esses processos têm de consolidar os interesses dos usuários dos serviços de saúde. São reivindicações, necessidades e melhorias que precisam ser colocadas em prática. Sabemos, contudo, que as práticas governamentais nem sempre levam em consideração as propostas advindas desses aparatos participativos, embora estes tenham fundamental importância na implementação das políticas públicas. Dessa maneira, cria-se um campo de disputa de interesses diversos que compõem esse processo de participação. E é justamente sobre tal campo e sobre os sentidos atribuídos a ele que este trabalho de tese está se debruçando.

Segundo Valla, a participação é caracterizada pelas “múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social” (VALLA, 1998, p.09). Entre muitos aspectos que compõem a saúde no Brasil, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde aparecem como principais vias de participação e exercício da cidadania.

A participação na saúde é um dos princípios que regem o funcionamento do SUS. O sentido primordial da participação na saúde é manter o SUS público, com suas doutrinas e princípios resguardados, além de sua base fundamental, que é a saúde como direito de todos e dever do Estado como garante a Constituição de 1988. Para isso, os Conselhos e as Conferências de Saúde são as principais instâncias participativas regulamentadas institucionalmente. Os Conselhos são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Fazem parte da estrutura das Secretarias de Saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Os Conselhos devem funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao

seu funcionamento. Os membros do conselho são compostos por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Conforme a Lei nº 8.142/90 e Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do Conselho de Saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

A Conferência de Saúde é o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade em um espaço de debate para avaliar a situação da saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. A conferência é convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência. Ela acontece de 4 em 4 anos sendo realizada pelas esferas municipal, estadual e federal.

Para Vianna, os Conselhos de Saúde e as conferências consolidaram-se “como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e valores diversificados e plurais” (VIANNA, 2009 p.219). Com esta definição, a autora deixa em aberto diferentes possibilidades de pensar a atuação dos Conselhos e das Conferências de Saúde. De que forma estariam direcionados tais “interesses e valores diversificados”? Vianna traz algumas reflexões a respeito do estatuto do conceito de participação no campo das ciências sociais. Ela discute as tentativas de definir o fenômeno da participação e relembra que a discussão sobre o tema é, consideravelmente, nova nas agendas públicas e acadêmicas. Partilhamos aqui de uma indagação da autora sobre o funcionamento do processo de participação: “tratar-se-ia de uma potência decisória ilusória?”. Certamente, essa resposta vem sendo procurada por muitos pesquisadores. Essa pergunta também permeia nossas reflexões. Como saber, que tipo de participação se consolida no dia a dia das pessoas e das instituições de saúde pública?

O contexto da participação, como podemos perceber, é amplo e diverso. Cortes estuda a participação no contexto de reformas setoriais em países em desenvolvimento. Em seu artigo, faz uma contextualização histórica em que a participação está envolvida, desde a criação do SUS. Cortes também nos lembra que este fenômeno da participação vem surgindo devido à atuação dos movimentos sociais. Esta autora considera que há participação quando o envolvido tomar parte



do processo de decisão política. “As formas de envolvimento dos participantes podem ser qualificadas como manipulação, consulta, negociação ou até mesmo participação. Neste artigo considera-se que há participação quando o envolvido tomar parte do processo de decisão política.” (CORTES, 2002 p.19).

Neste trabalho, essa visão nos interessa porque toca profundamente nos objetivos da participação culminada com os movimentos sociais que formaram o SUS. As novas formas de fazer uso desses mecanismos de participação, como Conselhos e Conferências, têm deslocado esse objetivo primordial para objetivos desviantes, criando sentidos diversos para tal fim, como campanhas eleitorais, troca de favores e controle da população.

Evelina Dagnino (2004) traz uma importante reflexão sobre o lado “perverso” em que a participação pode estar relacionada: uma vez que não se encontra somente no processo de democratização do país, mas também nos interesses do neoliberalismo (Estado Mínimo) que, segundo a autora, ambos “fortalecem a sociedade civil”. Explica a “confluência perversa e o deslocamento de significados” em que a noção e a prática de participação vêm tomando. Afirma que, com as políticas neoliberais, de retorno ao individualismo e à solidariedade, é redefinido o significado da participação. Em suas palavras, “o significado político crucial da participação é radicalmente redefinido e reduzido à gestão” (DAGNINO, 2004 p. 103). No entanto, Dagnino nos lembra que “o projeto neoliberal encontra um contentor relativamente consolidado ... capaz de constituir um campo de disputa” (DAGNINO, 2004 p. 99). Ou seja, a organização da sociedade civil, os movimentos sociais, as lutas democratizantes estão presentes, reafirmando um coletivo em que os interesses neoliberais se diferem.

A participação tem sua história ligada aos movimentos sociais, às questões de cidadania, democracia e sociedade civil. Como mencionado na introdução deste trabalho, a proposta de pesquisa se debruça em dois tipos de participação: uma que Avritzer (2012) designou de “participação institucionalizada”, ou seja, que está prevista em lei, que determina políticas públicas nos três níveis de governo e que conta com a participação da sociedade civil, neste caso, através dos Conselhos e das Conferências. E uma outra “que se manifestam na persistência de formas não institucionalizadas de participação, lado a lado com as formas institucionalizadas, especialmente aquelas organizadas pelo Estado” (AVRITZER, 2012 p 11-12).

Sendo assim, essas duas noções de participação colocadas pelo autor foram como pontos de partida para o trabalho de campo e a análise dos dados desta pesquisa. É importante considerar que as duas noções não são tomadas isoladamente, pelo contrário, elas acontecem ao mesmo tempo, nos entremeios das práticas cotidianas e institucionais.

Na verdade, poderíamos arriscar a afirmação de que uma prática de participação necessita da outra para ser operacionalizada. Sem a participação institucionalizada, não haveriam espaços deliberativos regidos por lei dentro da formulação das políticas públicas que garantissem os direitos. Assim como também, para existir que a participação alcance os interesses da população, ela precisa ser germinada em espaços não institucionais, articulada durante uma conversa de muro entre vizinhos, uma reunião familiar, ou até mesmo nas salas de espera das unidades de saúde.

Segundo esse mesmo autor, a Conferência Nacional tem se tornado a mais importante e abrangente instância participativa no Brasil. Sendo que estão em forte continuidade com as práticas participativas em nível local. Em seu estudo sobre as Conferências Nacionais, Avritzer fala do perfil dos participantes e afirma que o padrão de participação nas conferências nacionais é muito semelhante ao padrão de participação no nível local: “a participação típica é de mulher em 51,2% dos casos, com quatro anos de escolaridade (26,9%) ou com ensino médio completo, 20,3% dos casos. A sua renda varia entre 1 e 4 salários-mínimos em 52,2% dos casos” (AVRITZER, 2012 p. 13)

Desse modo, a participação das mulheres através dos Conselhos nos coloca a pensar nas práticas cotidianas de cuidado com a saúde e sua amplitude além do ambiente doméstico. Isso nos mostra que as mulheres permeiam outros espaços na busca por melhores condições de atendimento à saúde. Na descrição do campo, será possível perceber o protagonismo das mulheres tanto nos espaços institucionais quanto não institucionais. As mulheres têm uma relação forte com o cuidado à saúde. No entanto, discursos vitimizadores vêm colocando esta condição como algo inferior e menos importante. Pretende-se, em outro tópico deste trabalho, potencializar esta condição e olhar com outros olhares através de uma “ética feminista” (Gilligan 2011, Sherwin, 1998, Kunhen 2015).

A saúde foi o setor pioneiro na institucionalização da participação. Segundo Avritzer, isso se deve às fortes manifestações da sociedade civil organizadas através

dos movimentos sociais. As principais características dos Conselhos são: a organização por legislação nacional nas três esferas de governo; competências deliberativas; funciona de maneira regular e contínua; são compostos por representantes da sociedade civil organizada (AVRITZER, 2012 p. 25). Entre este arcabouço institucional presente na organização da participação na saúde, torna-se quase que um desafio coexistirem formas de participação não institucionalizadas.

Boaventura de Souza Santos nos remete a uma questão polêmica: fala na necessidade de “democratizar a democracia”. Ao descrever sobre os caminhos da democracia participativa, enfatiza dois vieses da participação: um que é a sua vulnerabilidade e ambiguidade; e outro, as suas potencialidades, ou seja, as conquistas efetivas através dos processos de participação. Além disso, nos remete ao que chama de “recriação das formas do político”, visto que os caminhos democráticos estão cada vez mais fechados aos interesses dos que chama de “atores hegemônicos”. Comenta que a participação pode se transformar facilmente em um processo de controle social que se organiza “de cima para baixo, onde interesses e atores hegemônicos encontram uma nova forma de prevalecer sobre interesses e atores subordinados, com menos capital político ou organizativo” (SANTOS, 2002 p. 28).

Em contrapartida, esse mesmo autor afirma que a participação também produz espaços de inovação, “capaz de gerar modelos contra-hegemônicos de democracia” (SANTOS, 2002 p. 33). Dessa forma, a participação ganha múltiplos aspectos e isso demonstra os inúmeros usos que se faz deste processo. Por isso que a pesquisa se propõe a olhar também para as práticas corriqueiras, que demonstram as diferentes relações sociais e institucionais. Para que a participação chegue aos moldes de um Conselho de Saúde, ela é, geralmente, iniciada nos entremeios institucionais e no cotidiano dos moradores locais, nos momentos de reunião do Conselho de Saúde, nas conversas paralelas nas Conferências, nas unidades de saúde e fora delas.

Vemos então que, neste cenário, a participação possui formas concretas e exigências legais a serem cumpridas. Há um caminho institucional e burocrático a ser percorrido. Com isso, poderíamos dizer que o modelo de participação pode ser uma “faca de dois gumes”: de um lado, o fato de estar garantida em lei torna a participação pré-requisito para o recebimento de verbas e prestação de gastos financeiros, bem como obriga o desenvolvimento de programas de acordo com as

necessidades dos usuários; por outro lado, esse engessamento, ao mesmo tempo que legitima a participação, também a distância dos participantes usuários, que, por vários motivos (impedimentos diversos, burocracia, educação-formação, trabalho, falta de tempo), acabam participando de forma superficial ou somente quando o Conselho necessita de votação ou deliberação.

A participação idealizada e redigida na constituição e na lei que regulamenta o SUS se distingue do processo que se vem praticando no âmbito da saúde. Embora tenhamos grandes conquistas através da participação institucionalizada, esta vem engessada pela gestão e pelos diversos interesses, como os partidários. Por isso que falar de participação é também falar de democracia e de processos de formação do Estado.

Neves e Ferreri (2013) apontam para análises que questionam a dimensão procedimentalista que aparece nas Conferências. No caso dos autores, as Conferências de Juventude. Os autores discutem o lugar em que os jovens aparecem no contexto político como ponto de interesse no desenvolvimento de políticas sociais para a juventude. O ouvir os jovens para que tais políticas possam ser direcionadas da melhor maneira para as demandas juvenis é algo de interessante para se pensar dentro de uma democracia. No entanto, questiona-se a maneira como tal procedimento é realizado e no enquadramento do conceito de jovem e juventude que é difundido pelo Estado através das Conferências de Juventude.

Analizando os textos da Política Nacional da Juventude (PNJ), os autores destacam as definições de jovem e juventude que são trabalhadas e consideradas pela Política Nacional. Tais definições criam uma figura de jovem produtivo e “empreendedor”, linguagem esta que não considera o jovem com suas potencialidades e possibilidades para fazer o que quiser, mas, sim, para ser alguém dentro do mercado de trabalho. Tendo em vista esse conceito difundido, as conferências tomam o direcionamento com a visão de formar um tipo de jovem ideal e que tenha serventia. As Conferências, por conseguinte, operam com esta intencionalidade, e o enquadramento dos jovens e suas demandas se tornam a função principal da Conferência.

Com isso, o aspecto democrático fica supostamente resguardado por este ser considerado um processo participativo. No entanto, a democracia ganha aspecto teatral, visto que, nos bastidores, o formato é coercitivo com a indução de um jeito

certo de ser jovem. O padrão normativo do jovem ideal direciona o aspecto procedimentalista, pois é no procedimento que se garante o controle e a implementação desse tipo de idealização.

De todo modo, o debate sobre a democracia no século XX fornece um caminho privilegiado para tratar da relação entre as conferências de políticas públicas, a participação social e o próprio regime democrático: o problema do procedimentalismo e sua reformulação pelo questionamento da experiência política na convivência entre diferentes grupos. Esta via de discussão é interessante por indagar acerca do lugar do método no campo da política, problema central do procedimentalismo. Desse modo, se pode perguntar, por exemplo, em que medida realizar conferências significa efetivar uma democracia participativa. (NEVES; FERRERI, 2013 p. 04)

A visão procedimentalista analisada através de estudos de Avritzer e Santos (2003) pelos autores citados conta com uma história de regras que contribuiu para manter as elites no poder, de forma que o procedimentalismo consistia nas regras de tomada de decisão diante de uma ação reivindicatória organizada coletivamente. Sendo que esta ação coletiva precisaria ser controlada em prol da manutenção do poder das elites. Para Neves e Ferreri, a articulação das minorias e a luta pelos direitos mínimos foram os pesos principais para que o pensamento democrático fosse repensado.

As conferências como mecanismos de participação vêm se tornando um espaço destinado para que os movimentos sociais possam ter voz e manifestar as demandas, mesmo ainda apresentando o controle adotado pelo procedimentalismo elitista. As Conferências, a da Juventude estudada pelos autores e a da Saúde estudada nesta tese, carregam semelhanças que podemos colocar em paralelo com essas análises.

A definição do que vem a ser saúde e os discursos que geram em torno do SUS são de forma a valorizar a saúde enquanto direito. Nesse quesito, as divergências são poucas entre o ideal de saúde que se prega pelas forças estatais e

pelos demais segmentos participantes. O que varia são as intencionalidades que estão diretamente advindas da relação entre demandas, recursos e planos de governo. O que percebemos é que a saúde possui outros fatores que também são agravantes e que mexem em seu aspecto procedimental. A saber: o caráter financeiro e orçamentário que envolve a política pública de saúde. Ela apresenta um mercado que se faz dentro dela mesma. A indústria farmacêutica e as redes privadas que prestam serviços para o SUS são grandes exemplos. Com isso, as conferências de saúde mesclam diferentes interesses em torno do processo de participação. Mesmo assim, a participação tem ganhado dimensões importantes no que tange à prática democrática. Independentemente da área em que se discute, as conferências são meios potenciais para o exercício democrático e para a visibilidade de demandas das minorias.

Diante da pesquisa realizada, Neves e Ferreri definem três usos da participação pelos atores sociais que ocupam lugar de destaque. O primeiro seria o de “legitimação ritualística da ação do Estado e de grupos sociais envolvidos com a aplicação de políticas públicas (conselheiros tutelares, representantes de ONGs, etc.)”. Os autores destacam o “uso social do discurso” da participação, que confere um caráter obrigatório e de legitimação da ocupação de um espaço de poder perante os que não são legitimados com alguma nomeação dentro do processo de participação.

O segundo uso destacado foi de “enunciação de demandas sociais por setores da sociedade civil e de estratégias de ação por parte dos representantes dos órgãos governamentais”. Como afirmamos nesta tese, o espaço de participação é conflituoso, visto que há uma maneira colocada pelo governo e as reivindicações de grupos que ficam excluídos de visões normativas. No caso dos autores, fica em atrito a noção de juventude colocada pelo Estado e as reações perante a exclusão dos grupos LGBTs dentro do espaço das conferências, por exemplo.

O terceiro corresponde ao uso da participação como um “mecanismo de avaliação e de elaboração de políticas públicas”, onde diversos segmentos sociais montam medidas específicas como demandas a serem supridas pelo governo. Segundo os autores, essa instância é a mais paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que contribui para a legitimidade de práticas participativas, também dificulta a visibilidade de sua efetivação. ((NEVES; FERRERI, 2013 p 23).

Podemos perceber que o processo de participação através dos Conselhos e das Conferências possui divergências entre o aspecto idealizado e objetivado constitucionalmente sobre a função da Conferência e a maneira como ela é praticada, recriando funções que vão além do aparato democrático e de direito. A função de ser eleitoreira, ou seja, de movimentar pessoas para fazer campanhas e trabalharem para partidos políticos específicos. Isto é um grande exemplo do que têm se tornado as forças as quais compõem o processo de participação, além de muitas outras que veremos neste trabalho.

## **1.2 A participação e a relação entre Estado e Sociedade Civil**

Não é objetivo principal deste trabalho desenvolver um conceito sobre Estado e Sociedade Civil, o que também seria importante e requereria outra tese, ou futuros trabalhos. No entanto, não tem como falar de participação sem contextualizá-la dentro de um aparato estatal e governamental. Os trabalhos como os de Lima (2002, 2013); Aguiar (2014, 2017) e muitos outros nos proporcionam grandes discussões acerca do “fazer-se no estado” e de como são construídos as relações sociais e os processos de subjetivação e construção dos sujeitos neste âmbito.

... estatizam-se plenamente funções em aparelhos de governo, constituindo-se um corpo de especialistas em “problemas sociais” variados, capazes de desenvolver uma “pedagogia dos lugares certos”. Na verdade, mantem-se, a autonomia relativa de redes sociais pouco integradas a dispositivos de poder centralizado, ao absorve-las como seus quadros, numa espécie de franquia da administração pública central e da ideia de nacional”. (LIMA, 2002 p.17)

A noção que Lima descreve sobre “pedagogia dos lugares certos” e sobre a “franquia da administração pública” traduz a forma em que o estado se constitui e sua atuação perante os processos institucionais de participação. Esta descrição espelha as raízes dos conflitos existentes dentro dos lugares destinados à

participação. O controle estatal se faz presente e impulsiona reinvenções por parte dos atores sociais envolvidos no processo. Isto posto, “fazer estado” é entendido, na visão de Lima, como uma constante, “resultando em formas que não são definitivas, em processos de objetivação e de subjetivação que operam, construindo e desconstruindo realidades no plano da vida diária, adquirindo a dimensão de automatismos, oriundos ou não de imposições emanadas de um corpo administrativo apoiado em leis e normas”. (LIMA, 2012, p. 561).

E essa constante força de criação encontra também outras constantes forças de resistências que nem sempre estão conectadas a um mesmo objetivo. Por ser um espaço reinado por diferentes interesses, essas forças oscilam em suas frequências e potencialidades, tendo a gestão o controle da organização e legalidade do processo. A relação de dominação proporciona o ritmo, o passo dos avanços em termos de até onde poderíamos afirmar que o processo de participação está efetivamente sendo praticado conforme sua idealização. A participação acontece, independentemente se os interesses mais fortes controlam o processo ou não; o que sabemos é que a discrepância no poder de decisão torna este processo falido no seu sentido idealizado.

Criam-se entre os agentes, relações de dominação e, tendo os mesmos interiorizados um conjunto de *visões* e *divisões*, valores, crenças e representações, por meio de suas ações e discursos, a lógica do funcionamento do campo tenderá a se reproduzir, como acentua Bourdieu, “de uma maneira relativamente imprevisível”, mas sem atingir os princípios de poder que o estruturam”. (MOREIRA LIMA, 2002, p. 154)

De certa forma, mesmo a disposição e força dos atores sociais em processos de organização coletiva, as forças institucionais de gestão e controle estão fortemente presentes no processo de participação. O que se tem reivindicado e aprovado nas conferências em pauta e no Plano Anual de Saúde (PAS) nem sempre é considerado, e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem de atuar fortemente no controle e na fiscalização para que sejam respeitadas as diretrizes e propostas aprovadas através das conferências de saúde em todo o Brasil.



É importante ressaltar que, mesmo a dominação e o controle do processo participativo ser exercido majoritariamente pela gestão, este processo ainda carrega um potencial democratizante. É uma via de possibilidades, um emaranhado de artimanhas que se confrontam num espaço onde as partes são colocadas em questão, atingindo uma forma de duelo a cada ano de conferência. “Encontros como as conferências são espaços privilegiados para a emergência desses diferentes marcadores, um caldeirão onde as disputas de poder pululam”. (AGUIAO, 2013, p. 34)

Silvia Aguião, através da análise de proposições governamentais em combater a violência de gênero e raça no Brasil, buscou abordar a relação mutualmente constitutiva entre sujeitos e direitos. A autora resalta a importância em “compreender os mecanismos de reconhecimento (e produção) de diferenças atreladas a uma determinada concepção de “promoção de igualdade de direitos...” (AGUIAO, p.5, 2017). O processo de formação do Estado é foco central das discussões da autora e nos interessa pensar por este viés, pois contribui para analisar as formas de conflito no processo de participação e problematizar os usos e funcionamentos deste processo.

Processos de formação de Estado implicam a produção e delimitação de quem são seus cidadãos e correlatamente daqueles que não o são, aqueles que não são adequados ou são indesejáveis para uma determinada projeção ou ideia de Estado com a qual está se operando. (AGUIAO, p.6 2017).

Baseada em concepções de Shore e Wright (1997), Abrams (1988), Mitchell (2006), Teixeira e Souza Lima (2010), entre outros, a autora analisa a formação do estado e o gerenciamento da vida social que é, ao mesmo tempo, constitutivo do Estado e da realidade que o incide. Assim, uma “certa projeção do Estado” se faz e opera as políticas públicas em diferentes contextos e momentos políticos. “Fazer-se no Estado” é um processo discutido em sua tese e desenvolvido a partir dos estudos etnográficos sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos. “Procuo atentar não só para as formas através das quais o estado produz

os sujeitos que governa (administra), mas também para o processo de formação de constituição desses sujeitos como parte de um fluxo contínuo de produção do próprio Estado”. (AGUIAO, 2013 p.24).

O processo de participação é um indicativo de que o estado é formado constantemente, com proporções diferenciadas de poder entre os que decidem e os que precisam reivindicar direitos. A participação existe porque há uma discrepância entre os que detêm poder e privilégios e os que não. Jean Cohen e Andrew Arato, no livro *Civil Society and Political Theory* (1994), comentam que uma abordagem sobre sociedades democráticas deve levar em conta que o motor do sistema político é o poder, assim como o motor da economia é o lucro. “O coração da política está no esforço em adquirir e usar o poder ... A preocupação central aqui é, obviamente, com a habilidade de um governo em produzir decisões, aceitação e garantir a ordem, isto é, a estabilidade”.<sup>10</sup> Durante o trabalho de campo e de análises, percebeu-se que esta é uma das principais funções do processo de participação, estabilizar os que reivindicam direitos através de um consenso manipulado pela desigualdade de poder. Destarte, a dupla função que opera em conjunto é a de manter o poder e a de exercê-lo de forma legítima e imperceptível.

Cohen e Arato entendem Sociedade Civil como “uma esfera de interação social entre economia e estado, composta acima de todas as esferas íntimas (especialmente a família), a esfera de associações (especialmente associações voluntárias), movimentos sociais e formas de comunicação pública”.<sup>11</sup> Os autores analisam os discursos, as críticas e a reconstrução da sociedade civil no âmbito da teoria política. Suas análises perpassam pela crítica normativa de Hannah Arendt sobre a sociedade civil, pelo historicismo crítico de Carl Schmitt, Reinart Kosellech e Jurgen Habermas; pela crítica genealógica de Foucault e a crítica teórico-sistêmica de Niklas Luhmann.

---

<sup>10</sup> “A “realistic” appraisal of democratic societies must grant that the motor of the political system is power just as the motor of the economy is profit. The struggle to acquire and use power is at the heart of the political ... The main concern here is obviously with the ability of a government to produce decisions, to have them accepted, and to ensure orderly transitions, i.e., stability”. (COHEN; ARATO, p. 4 1994)

<sup>11</sup> “We understand “Civil Society” as a sphere of social interaction between economy and state, composed above all of the intimate sphere (specially the family), the sphere of associations (especially voluntary associations), social movements, and forms of public communication”. (COHEN and ARATO, p.9 IX 1994)

A análise sobre a reconstrução da sociedade civil passa por eixos centrais como o discurso ético, a teoria social, os movimentos sociais e a desobediência civil, os quais estão presentes em seus estudos. Entender a Sociedade Civil como uma esfera de interação entre economia e estado significa situar o processo de participação desigualmente coexistente entre essas forças que operam confusamente. Os mesmos autores afirmam que, na América Latina, o conceito de Sociedade Civil emergiu sob um intenso regime “burocrático autoritário” como um termo-chave no entendimento da democracia assim como uma variável importante na análise da transição democrática.<sup>12</sup>

Para Bresser Pereira e Cunill Grau (1999), nem o mercado nem o estado conseguem operar sozinhos. O desenvolvimento do mercado, segundo os autores, não consegue assegurar-se sem um estado democrático que seja mediador exercendo as funções protetoras e redistributivas necessárias ao desenvolvimento socioeconômico.

Ainda delimitada das instituições políticas e das associadas ao mercado, a sociedade civil não constitui um corpo homogêneo que tanto é fonte da solidariedade e do sentido comunitário, mas também está impregnada pelas desigualdades econômicas e sociais. Nas sociedades latino-americanas, as contradições se acentuam como produto dos processos de desintegração gerados por políticas econômicas excludentes. BRESSER-PEREIRA; CUNILL GRAU, 1999, p. 19).

Certamente, o mercado que envolve a política pública de saúde tem um peso forte na moldagem do processo de participação. As políticas econômicas excludentes mazecam setores que envolvem a sociedade civil no seu âmago reivindicatório. Ou seja, a sociedade civil se dedica a cobrir detalhes que o estado já deveria estar oferecendo aos cidadãos, por ser um direito mínimo como saúde, educação e moradia. A sociedade civil, neste aspecto, adquire funções de suprir

---

<sup>12</sup> “The concept of civil society has also emerged under several “bureaucratic- authoritarian” regimes as a key term in the self-understanding of democratic actor as well as an important variable in the analysis to the transition to democracy.” COHEN and ARATO, p.48 1994).

demandas ao invés de criar possibilidades de enriquecimento e desenvolvimento coletivos. Como, por exemplo, ao invés de organizar formações de jovens para além do que as escolas oferecem, se envolve em ações que lutam pela garantia de o jovem ter o direito de ir à escola.

Por outro lado, para Alves e Heller, os processos de democratização e o sistema de participação têm contribuído profundamente para a disseminação da “transparência subnacional”. Mas os autores ressaltam que o uso e os acessos à informação pública pela sociedade civil e a população em geral ainda estão pouco desenvolvidos.<sup>13</sup> De todo modo, esses processos participativos permitem uma aproximação ao aparato estatal e a sua forma de funcionamento, tanto em garantir que se obtenha mais informações quanto em influenciar no processo de decisão governamental. A “transparência subnacional” requer que informações e explicações sejam dadas à sociedade civil por parte dos governantes, e isso já é em si uma influência positiva do que venha a ser o processo de participação. Ou seja, de que, com este processo, o “comportamento do poder governamental” deve considerar as forças externas que reivindicam a garantia de suas demandas. Indubitavelmente, este é um consenso entre muitos estudiosos, não somente a falta de informação contribui para o subdesenvolvimento, mas também o próprio desenrolar das forças “burocráticas autoritárias”, mencionadas acima, e das relações de poder existentes, que contribuem profundamente no processo democrático, na efetivação de direitos e na autonomia da sociedade civil.

Ilse Scherer-Warren (2008) analisa como é construído “nexos politicamente significativos e emancipatórios”, através de elementos diversos de inserção e conectividade entre os atores sociais em se mobilizarem politicamente. A autora também menciona a importância das redes sociais, analisa os elementos materiais, simbólicos e identitários que contribuem para o fortalecimento e a formação dos movimentos sociais.

---

13 “Concurrent processes of democratization and participatory governance have done a great deal to disseminate transparency subnationally. However, the use of public information by civil society and the population at -large is still underdeveloped”. (ALVES; HELLER, 2013 p.78)

...na América Latina, a luta emancipatória tem suas raízes em ações de resistência e reivindicativas que se desenvolveram no coração de sistemas sociais altamente excludentes, com profundas desigualdades sociais e com práticas discriminatórias em relação a uma parcela considerável de seus habitantes, além de Estados historicamente oligárquicos e autoritários. (SCHERER-WARREN, 2008 p. 505).

Por isso, o processo de democratização possibilitou que formas de contrapartidas fossem articuladas mais amplamente, reivindicando a regulamentação e a criação de novos direitos; “... desenvolve-se um movimento cidadão que vai reivindicar a regulamentação ou criação de novos direitos: civis, políticos, sociais, culturais, étnicos, de gênero e ambientais.” (SCHERER-WARREN, 2008 p. 506). Para a autora, os movimentos sociais e organizações da sociedade civil têm usado cada vez mais os espaços institucionais também como forma de garantir que a participação seja efetivada em seu sentido amplo e idealizado nos meios legais e constitucionais.

Já no final do século XX e início do novo milênio, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais passam a valorizar a cada vez mais formas de participação institucional (audiências públicas, assembleias e conferências políticas, fóruns, conselhos setoriais de políticas públicas, orçamento participativo, Agenda 21, etc.). Tais organizações percebem, nesses espaços, a oportunidade do exercício do “controle social pela cidadania”, considerado como um meio político adequado e legítimo para a expansão da democracia. (SCHERER-WARREN, 2008 p. 506)

Ao longo dos anos, a democracia vem se expressando de maneiras e intensidades diferentes. Desde o processo de redemocratização do país, a democracia vem sofrendo contrapontos constantes. Mesmo assim, o próprio movimento de redemocratizar já foi um avanço bastante significativo no que tange ao reconhecimento e à garantia de direitos. Ainda assim, diante de um cenário institucional de participação, os diferentes usos deste processo mostram seu caráter

ambíguo, tornando este um espaço de agenciamento de poderes e reivindicação de direitos.

A relação do Estado e Sociedade Civil através do processo de participação é conflituosa. O momento em que esta relação ganha o formato “face a face” nas Conferências é o ponto em que buscamos destacar neste trabalho. A imbricação de interesses e intencionalidades em ambos os lados se confunde e se reproduz de forma volátil. O conflito existe e é reproduzido por causa das contraposições e desigualdades no poder de decisão e de controle. A injustiça é a fonte principal do conflito, mas não facilmente percebida no processo de formação dos sujeitos que se “fazem no Estado”. A relação da participação com a noção de justiça é um ponto que será discutido neste trabalho. Buscamos, por hora, situar a participação e trazer algumas discussões que contextualizassem teoricamente o trabalho.

Uma interessante relação desenvolvida por Richard Sennett em seu livro *O Artífice* (2009) pode ser tomada emprestada para situar o leitor sobre o tipo de relação percebida durante o trabalho de campo entre forças estatais e não estatais, ou da gestão ou fora dela. Nas análises de Sennett sobre os usos, formação e estrutura das cidades, há o que chama de “zonas de resistências”, que são as paredes e membranas das células. O autor faz este trocadilho para pensar nas divisas e fronteiras em cidades urbanas. Estamos aqui tomando emprestado esta analogia para se pensar o momento fronteiriço que caracteriza a conferência de saúde, como foi mencionado anteriormente. Elas resistem às pressões externas para manter intactos os elementos internos da célula, mas o fazem de formas diferentes. A parede da célula é mais puramente excludente; a membrana permite mais trocas fluidas e sólidas. (SENNETT, 2009 p. 252). Em um processo oscilante, a célula do processo de participação ora fortalece suas paredes, ora suas membranas. O autor ainda faz uma distinção caracterizando uma “divisa ecológica” como parede, como um território vedado com demarcação de limites; e a “fronteira ecológica” como membrana, como uma zona de troca e interação. “Como a membrana da célula, resiste à mistura indiscriminada; abriga diferenças, mas é porosa. A fronteira é um limiar ativo. Estas distinções naturais refletem-se no ambiente humano construído”. (SENNETT, 2009 p. 253).

Assim sendo, o processo de participação possui divisas e fronteiras a serem ultrapassadas. A participação possui em seu contexto, paredes e membranas que se

posicionam diferentemente, se deixa infiltrar algumas vezes, mas, em sua maioria, atua como parede. As Conferências de Saúde possuem um aspecto “fronteiriço” no sentido de estar no limiar de forças estatais e de segmentos da sociedade civil. O objetivo do capítulo sobre a descrição do campo é mostrar como essas relações fronteiriças se fazem, se constituem. Devemos lembrar que não se trata de afirmar que os conflitos se fazem somente entre estado e sociedade civil, mas no âmago interno desses dois lados, não necessariamente sempre opostos e distantes.

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM ARACAJU/SE**

Neste trabalho, buscou-se percorrer os espaços de participação institucionais e não institucionais. Percebe-se que estes são ambientes múltiplos, carregados de intencionalidades e relações sociais que compõem um campo de disputa. A abordagem etnográfica contribuiu na tentativa de descrever esse campo de disputa e problematizar o processo de participação, seus usos e instrumentalidades. Este capítulo se debruça na descrição de reuniões e conferências, entrelaçadas com conversas momentâneas e com entrevistas agendadas. Os subtópicos estão separados por localidade e tipo de Conferência. Os locais estão descritos e atrelados às Pré-conferências. E segue-se com a descrição das Conferências Municipal, Estadual e Nacional.

Diante de um cenário democrático, as forças que impulsionam a participação se constituem distintamente. São relativas, dependendo das relações sociais estabelecidas, das intencionalidades pessoais, grupais ou organizacionais. Durante o ano de 2015 - um ano importante por causa das inúmeras conferências realizadas -, as conferências de saúde levantaram mobilizações desde o nível local até o mais amplo, na esfera nacional.

Esta pesquisa para o Doutorado teve uma ligação direta com a pesquisa realizada durante o Mestrado. Entre 2010 e 2012, foi desenvolvida uma pesquisa que buscou analisar a relação entre os processos de adoecimento e o meio ambiente no povoado de Areia Branca em Aracaju<sup>14</sup>. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foram importantes protagonistas nesta pesquisa. Algumas mais envolvidas com os problemas locais do que outras, mas todas carregavam importantes interpretações em relação ao seu trabalho e à vida no povoado. O interesse em problematizar o processo de participação surgiu quando uma das agentes de saúde buscou reativar o Conselho de Saúde local.

---

<sup>27</sup> Este grupo do qual fazia parte foi orientado pela professora Maria Teresa Nobre, no Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. Realizamos visitas domiciliares juntamente às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Além de visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS), também fizemos caminhadas pelo povoado e conversamos com os moradores. Durante esse tempo, foi possível criar laços que se estenderam até os dias de hoje.



Pouco tempo se passou após o Mestrado e algumas visitas esporádicas foram realizadas a pessoas que fizeram parte da pesquisa. Em uma dessas visitas, em um dos semelhantes dias de sol intenso, o barulho do ventilador se destacava na silenciosa sala de espera, após uma manhã tumultuada na Unidade Básica de Saúde do povoado. Enquanto a atendente molhava seus dedos na boca para melhor passar as fichas dos pacientes atendidos neste dia, em uma sala adiante, vi uma das ACS, Dora, e outra mulher que eu não conhecia, sentadas, com papéis sobre o colo, folheando páginas. Perguntei para a recepcionista o que elas estavam fazendo, parecendo tão concentradas. Ela respondeu: *“ah, ali? Estão tentando reativar o Conselho, mas nunca funciona”*, e continuou passando as fichas após balançar seus ombros. Esta cena ficou profundamente marcada em meus pensamentos e as questões sobre o processo de participação começaram a se fazer presentes.

Até então, como não era objetivo de pesquisa do Mestrado, não havia prestado atenção no papel que a participação possui na área da saúde e como esta influência na dinâmica institucional. A Unidade Básica de Saúde possui muitas possibilidades enquanto atendimento primário. Além dos problemas locais das vivências em seu entorno, também possui problemas de caráter institucional, relacionados à gestão, aos recursos e aos profissionais de saúde. Nesse emaranhado institucional, a participação se faz presente e é articulada conforme interesses e intencionalidades dos que fazem uso deste processo.

A participação é um aspecto importante porque permite que os moradores possam fazer parte e contribuir, de certa forma, no controle e nos melhoramentos que a Unidade de Saúde possa precisar. No entanto, o processo participativo não ocorre fluidamente. Há interesses diversos que geram conflitos. Pretendo descrever o acompanhamento etnográfico do processo de participação durante as conferências locais em dois lugares de Aracaju, o povoado de Areia Branca e o bairro Coroa do Meio, A Conferência Municipal de Aracaju e a Estadual de Sergipe. A descrição da Conferência Nacional foi realizada através do acompanhamento via redes sociais através da internet. O objetivo desta descrição é esmiuçar, sem muito filtrar, os acontecimentos do campo de pesquisa.

A partir dessa experiência etnográfica de pesquisa, busco descrever as minúcias relacionadas a este processo, aos conflitos que gerenciam e moldam o caráter participativo dentro de uma Unidade de Saúde, de um Conselho e de uma

Conferência. Então surge o desafio: Como descrever etnograficamente a participação? A etnografia contribuiu para um direcionamento sobre o campo político que envolve este processo. E é sobre este campo que irei me debruçar.

A descrição inicia com Areia Branca, um povoado localizado na chamada “Zona de Expansão” de Aracaju. Depois, parte de outro lugar, no Bairro Coroa do Meio, localizado próximo às praias da Atalaia, e segue com a Conferência de Saúde Municipal, Estadual e Nacional. Buscamos analisar esses meios e trazer para a descrição as diferentes maneiras de articulação e participação. A proposta desta descrição é trazer as minúcias de encontros, reuniões, Conferências e algumas entrevistas realizadas para abarcar o máximo possível da experiência vivenciada neste contexto e trazê-la para esta escrita. É uma tentativa de descrever um olhar por dentro e de fora dos que participam e fazem parte da rede de relações que compõem o processo de participação.

#### **4.1 Carências, Resistências e Antigas Desavenças**

Neste tópico, faz-se uma contextualização do lugar e da procedência desta pesquisa. Como mencionado, o interesse em estudar o processo de participação surgiu no final da pesquisa do Mestrado, e para a continuidade no Doutorado, Areia Branca foi o ponto de partida.

O povoado de Areia Branca está situado ao sul de Aracaju, na conhecida “Zona de Expansão” da cidade. Aracaju tem 648.939 habitantes<sup>15</sup>, sendo que aproximadamente trinta mil habitantes estão situados na zona de expansão. Com isso, esta área se tornou alvo de grandes investimentos e especulações imobiliárias. Devido a este crescimento da cidade, o povoado de Areia Branca, que faz parte desta zona de expansão, se caracteriza por construções urbanas, de casas com muros altos e cerca elétrica, com grandes propriedades, como casas de campo e sítio para os finais de semana e pequenas chácaras de antigos moradores. A pesca era a principal fonte de renda do local, perdendo sua força

---

<sup>15</sup>Segundo o último censo do IBGE de 2018. Acessado em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama>

com o passar dos anos e com a diminuição da quantidade de peixes no Rio Vaza-barris.



*Zona de Expansão de Aracaju<sup>16</sup>*

Areia Branca foi um lugar muito visitado durante os anos de 2010 até 2015. A pesquisa de Doutorado caracterizou-se como um retorno. Foi possível rever as ruas percorridas, conversar com as pessoas conhecidas e perceber novos olhares. A pesquisa durante o Mestrado resultou na dissertação *“Ladainhas e mulherancias: um estudo sobre saúde e vida cotidiana”*, que se propôs a discutir sobre o cotidiano de mulheres e o cuidado com a saúde a partir da noção de *ladainha*. O ladainhar se constitui como um processo de práticas de cuidado e de resistência das mulheres no cotidiano.

A pesquisa foi realizada durante um ano e meio no povoado de Areia Branca em Aracaju, e seis meses na cidade de Ottawa, no Canadá<sup>17</sup>. No que concerne ao povoado de Areia Branca, os objetivos foram de estudar o contexto

---

<sup>16</sup> Mapa da “Zona de Expansão” da cidade de Aracaju retirada do plano diretor da cidade. “A Zona de Expansão Urbana de Aracaju - ZEU, definida pela Lei Municipal de no 873, de 01 de outubro de 1982, compreende a porção sul da cidade e tem como limites, o rio Vaza Barris e o canal Santa Maria ao sul, o Oceano Atlântico a leste, o município de São Cristóvão a oeste e ao norte, com o bairro Aeroporto”. Acessado em <https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/plano-diretor-vpreliminar-jul2015/CAPITULO-X-ZEU.pdf>

<sup>17</sup> Intercâmbio realizado através da bolsa de estudos do programa ELAP (*Emerging Leaders in the Americas Program*) do Governo Canadense. A bolsa teve duração de seis meses, e foi realizada na Universidade de Ottawa sob a supervisão da Professora Caroline Andrew em 2011.

de saúde em um processo de transição de uma área considerada interiorana para uma mais urbanizada, provenientes dos investimentos da Prefeitura de Aracaju e de especulações imobiliárias na conhecida “zona de expansão urbana” da capital. Neste processo de pesquisa, buscou-se conhecer também as práticas de saúde e de atendimento na Unidade Básica de Saúde do povoado bem como sua relação com a comunidade local. Foram realizadas visitas domiciliares juntamente às agentes comunitárias de saúde, participação nas reuniões da equipe do Programa de Saúde da Família, em alguns atendimentos de pré-natal e no grupo de gestantes.

No Canadá, o objetivo também foi de estudar os cuidados em saúde, sendo o campo de trabalho uma Clínica Médica ligada ao Centro Católico de Imigração, atendendo principalmente refugiados recém-chegados ao país. Foram realizadas visitas ao Abrigo e à Clínica Médica, participação nas entrevistas médicas e nas reuniões do Conselho de Imigração de Ottawa. Processos de transição, recomeço e reinvenção da vida foram relacionados às contribuições de autores como Michel de Certeau; Michelle Perrot; Michel Foucault; Marcel Detienne e Jean-Pierre Vernant, entre outros. Dessa forma, a saúde passou a ser pensada a partir de práticas de resistência das mulheres, e as noções de “ladainha e mulherancias” se fizeram presentes, semelhantes em lugares radicalmente diferentes. Este trabalho mostrou que, mesmo em contextos distintos, as mulheres persistem em suas ladainhas, garantem um cuidado à saúde e percorrem diferentes trajetos de acordo com suas necessidades.

O cotidiano de mulheres foi o foco principal da dissertação de Mestrado. A dinâmica que envolve o cuidado à saúde possui ligações com diversos ramos institucionais e não institucionais. A procura pelo bem-estar e uma vida saudável se faz presente em contextos sociais diferenciados e em circunstâncias institucionais também diferenciadas. Cabe às mulheres buscar meios de cuidar da saúde e fazer uso dos que são disponibilizados institucionalmente. As mulheres foram (e são) importantes protagonistas da pesquisa, pois se fazem mais presentes no dia a dia da Unidade Básica de Saúde (UBS), como também em diferentes etapas do processo de participação que iremos destacar e discutir no tópico sobre a participação das mulheres.

Por conseguinte, relação entre ladainhas e cotidiano serviu de trocadilho para explicar a mesmice e as potencialidades de resistir recriadas nesse mesmo âmbito temporal e horizontal da vida cotidiana. Como discutido no tópico sobre as reflexões metodológicas, o pesquisador carrega consigo suas referências prévias e maneiras de pensar sobre um determinado assunto. Por isso, diante dos estudos sobre o processo de participação, pelo seu caráter paradoxal e pelo jogo de poder que o envolve, o trocadilho pode ser repensado aqui também, descrevendo o processo de participação como ladainhoso. A ladainha da participação retrata os conflitos e as súplicas constantes. Uma ladainha cantada nos rituais religiosos envolve a repetição, a mesmice, o sentido de não sair do lugar. Ao mesmo tempo, ela retrata uma forma coletiva de envolvimento e de suplicar, reivindicar e dizer que algo está errado, em que as vozes as quais repetem o canto estão sintonizadas.

Areia Branca foi, e está sendo, parte do campo de pesquisa. Por isso, essa relação com a pesquisa no Mestrado, que, desde muito antes, o povoado vem passando por mudanças drásticas e aceleradas devido ao crescimento da cidade. O povoado de Areia Branca vem passando por transições mais intensas de uma área interiorana para uma extensão da cidade que vem sendo alvo de investimentos imobiliários. Embora não tenha deixado de visitar o lugar, as visitas eram mais esporádicas e, nem sempre, encontrava com conhecidos. As marcas de construção civil estavam mais presentes e aparentes. Havia construído muitas casas na beira da pista para aluguel de moradia e comércio. Este retorno para investigar o processo de participação trouxe lembranças e novos problemas de pesquisa, que antes não despertaram atenção.

A Unidade Básica de Saúde João Bezerra estava com alguns aspectos diferentes. A gestora era outra, mas os trabalhadores eram quase todos os mesmos. Segundo alguns trabalhadores, a nova gerente estava conseguindo “driblar” com as dificuldades da Unidade. Presente no dia a dia, as brigas internas, entre funcionários e alguns moradores, fazem com que as precariedades que uma Unidade de Saúde enfrenta fiquem ainda maiores.

A recepção com este meu retorno foi calorosa. Olhares brilhantes de boas-vindas, apertos de mão fortes e abraços prolongados. O Zé da recepção continuava sorridente e com seu olhar tranquilo que parecia saber resolver tudo. Estendeu sua mão esperando um aperto para me desejar bom retorno. Conversei com algumas

pessoas, especialmente as que tive mais contato anteriormente: com duas agentes de saúde e a Enfermeira. Quando cheguei, Dona Zefa, a zeladora da Unidade, me olhou como quem conhecia, mas não estava se lembrando. Ao me reconhecer, veio ao meu encontro de braços abertos. Ela e sua vassoura que passa o dia a rastejar a areia branca que encobre o chão da Unidade de Saúde. Seus braços finos e de corpo encurvado, sua pele negra e enrugada fazem a varredura da Unidade ter outro sentido que vai além de varrer. Mais do que a limpeza, este é também o momento de conversar, saber das novidades. Ao varrer o chão, ela conversa com os que estão esperando atendimento.

O momento com sua vassoura é o momento de se comunicar, estar à parte dos assuntos e dos problemas de seus vizinhos e de conhecer os que estão chegando no povoado como novos moradores. Além disso, os problemas de saúde que aparecem na Unidade ficam sendo conhecidos e, neste momento, compartilhados entre os que esperam o atendimento na sala em que Dona Zefa passa com sua vassoura. A vassoura e a informante estavam sempre juntas. Esse processo permitia Dona Zefa se comunicar com as pessoas do povoado. Ela teve quinze gestações e era parteira. Aprendeu o ofício com sua mãe, mas não continuou. Disse que hoje tem mais recursos em hospitais, e que é mais complicado e “proibido” fazer.

Um dia, Dona Zefa me convidou para ir até a copa tomar um café com ela. Esse foi um momento em que me senti acolhida e fazendo parte do ambiente da UBS, pois não é qualquer pessoa que pode ir até a copa, ou ser convidada para um café. A copa é o lugar dos funcionários, mais frequentada pelas agentes de saúde e pelos profissionais administrativos. É o local de fazer as refeições e conversar sobre seus assuntos pessoais e sobre as intrigas no local de trabalho. A copa é um ambiente pequeno, o armário, o fogão e a geladeira eram bem usados. A geladeira não fechava a porta direito e tinha um “jeitinho” certo para fechá-la. A mesa pequena tinha uma toalha de plástico com frutas desenhadas. Enquanto a água fervia em uma jarra de alumínio, Dona Zefa arrumava o coador e o pó de café. Ela misturou o pó na água fervida e depois passou pelo coador de pano. O café foi servido em um copo e ela sentou ao meu lado. Nesse momento, lembrei-me do que Magnani explicava sobre fazer parte “do pedaço”, em seus estudos acerca dos circuitos de jovens urbanos, mencionado no tópico sobre metodologia deste trabalho. Ela estava abrindo seu espaço para me receber e para dividir seus

conhecimentos e, certamente, para me sondar também, para verificar se eu poderia merecer sua confiança.

Ainda contou um pouco de sua história, de seus filhos que moram perto dela. Uma de suas filhas mora em frente a sua rua. Esta sua filha tem duas filhas, uma que possui problemas cardíacos e que vai com frequência ao hospital para fazer acompanhamentos. Afirmou que tudo está indo bem *“na medida do possível”*. Seu genro sofre de depressão, especialmente depois que começou a trabalhar de porteiro em um dos condomínios que margeiam a praia. Recordo de ter visitado a casa de sua filha com uma das agentes de saúde na época da pesquisa para o Mestrado. A pescaria era uma atividade que preenchia a rotina de seu genro, e com este novo trabalho, não consegue conciliar, deixando a pescaria somente para os dias de folga. Sua filha, na ocasião, havia comentado que, quando ele pesca mais, apresenta melhoras.

Dona Zefa comentou que não é somente ela ou a família dela que sente os avanços da urbanização descontrolada no povoado. Há muitos moradores mais antigos que lamentam esse acontecimento, porque, junto ao crescimento, também há as violências comuns em grandes centros, como casas invadidas, assaltos nas ruas e o medo que vai gerando a partir disso. Ela comentou: *“moramos todos perto..., mas Areia Branca não é mais a mesma... hoje tem vizinho que a gente não conhece direito...”*.

Esta conversa foi curta. Dona Zefa não está ligada a nenhum tipo de processo institucional de participação, não faz parte do Conselho e não tem nenhuma função direta no controle social. No entanto, ela faz parte do funcionamento institucional da Unidade de Saúde, e suas fronteiras com o mundo externo é mais fina e porosa. O cafezinho acabou, foi o primeiro de alguns outros seguintes. Uma das agentes entrou na copa e me chamou para conhecer a nova Diretora da Unidade, mas a vontade foi de ter ficado na copa com Dona Zefa e escutar o que ela teria para dizer. Agradei o cafezinho e o acolhimento, muito significativo para o contexto.

Dora, agente de saúde, me apresentou para a diretora da Unidade. A diretora era uma jovem, psicóloga, trazendo ares de otimismo para a equipe e aberta ao que eles têm a dizer, tentando resolver os problemas em conjunto. Sua pele branca e cabelos lisos contrastavam com as características das demais pessoas que

frequentavam a UBS, em sua maioria, mulheres negras. A nova gerente já estava ciente dos desentendimentos pessoais e de velhos problemas institucionais. É difícil lidar com problemas estruturais e pessoais em uma Unidade de Saúde, especialmente de uma que é “*ainda muito esquecida*”, como afirmou Dora, pelos gestores municipais.

A Unidade agora possui duas equipes do PSF (Programa de Saúde da Família) e isso tirou o peso que muitos profissionais carregavam de ter que dar conta das diversas necessidades que apareciam na UBS. Necessidades estas as quais nem sempre estão em seu alcance para resolver. A enfermeira me convidou para conversar em sua sala. Ela estava bem mais otimista do que a última vez que conversamos há uns dois anos. Durante o Mestrado, me foi permitido assistir a algumas consultas de pré-natal. E entre várias situações, a do aparelho de escutar os batimentos cardíacos do bebê foi interessante. Só havia um aparelho para o médico e a enfermeira usarem. Ambos estavam consultando gestantes e, a cada uma que entrava, um deles saía da sala para pegar o aparelho. Ora a enfermeira, ora o médico entrava na sala um do outro para pedir o aparelho, e, assim, a manhã inteira. Os dois, mesmo com as desavenças, se faziam obrigados a terem que se olhar e se comunicar para trabalhar da melhor maneira possível na precariedade de falta de equipamentos e de muitas outras carências que uma UBS possui. Além de lidar com os problemas vindos dos usuários do sistema de saúde, da população local, eles têm de lidar com problemas pessoais no local de trabalho.

Com esse tempo de pesquisa na área da saúde, é possível perceber como é corriqueiro esse tipo de problema oriundo de desavenças pessoais e limitações profissionais (de acesso a ambientes e instrumentos de trabalho adequados). Não são todas as unidades assim, certamente, mas a maioria. E isso pode ser um indicativo do funcionamento das políticas públicas e de como o “público” é tratado. Tem-se a impressão de que o que é “público” não é de ninguém, ao invés de ser pensado como sendo de todos. A não identificação das pessoas nesses espaços e as intrigas geradas nos mostram que há algo de errado nesses ambientes institucionais.

A enfermeira contou que está “menos estressada”. O ar-condicionado está funcionando, e não escuta mais o batuque do calçado da antiga gerente pelos corredores. Ela conta que ficou com trauma e que ficava nervosa quando o barulho do sapato parava em sua porta e via a maçaneta da porta abrindo. “*Era um estresse...*



*minha filha apanhou tanto nessa época... tadinha, eu descontava o estresse nela... ”.* Emocionada, conta com alívio as pequenas mudanças que aparentemente não são nada, mas que a fizeram viver melhor.

Conversamos sobre muitas coisas. A piora com a mudança de governo foi uma delas. Alguns pequenos detalhes nas gestões municipais fazem grandes diferenças. Falamos também sobre o Conselho e ela respondeu: *“conselho resolve pequenas coisas, as mais importantes, que deveriam discutir, não discutem, não funciona.... E ninguém reclama para a ouvidoria dos problemas, reclamam para os profissionais...”*. Esta impressão fica fortemente marcada nas atitudes dos usuários. Eles também não reclamam para qualquer funcionário. O médico sempre é mais respeitado. Quem escuta mais as críticas e brigas são a enfermeira, a assistente social, as agentes de saúde e demais funcionários administrativos. A descrença no processo de participação mencionada por muitas pessoas durante o campo de pesquisa deve ser considerada, visto que pode nos dizer algo sobre o funcionamento e sobre a função em que este processo vem adquirindo institucionalmente.

Nossa despedida foi com um ar de “bom retorno”. Estava mais sorridente e me acolheu com muito afeto. Despedi-me de todos os “mais chegados” e dos que havia conhecido neste dia. Segui para casa observando o quanto o cenário do povoado estava mudando. Já se tinha um pequeno prédio sendo construído, em uma esquina de um loteamento. O prédio é baixo, mas deixa os sinais dos interesses comerciais por causa do crescimento do local.

A casa de uma das agentes de saúde é próxima da avenida central. Passei em sua casa, suas filhas estavam e uma delas arrumando a mochila na varanda para ir à faculdade. Quando as conheci, elas reclamavam da escola e falavam das preocupações em conseguir cursar uma universidade. A agente de saúde fala com orgulho que suas duas filhas “estão bem encaminhadas”, uma faz Biologia e a outra

Enfermagem<sup>18</sup>. “Com muito sacrifício, mas a gente tá conseguindo”, disse a agente de saúde que está doente e não pode mais fazer visitas, e então, trabalha na farmácia da Unidade de Saúde.

Esta é a agente que estava reorganizando o Conselho quando eu estava terminando o Mestrado. É com ela que precisaria conversar. Ela estava indo para a Unidade de Saúde, está afastada, mas comenta que “ninguém sabe responder por nada...e para essas coisas, eles me chamam...”. Ofereci uma carona e levei-a na Unidade, assim, fomos conversando. A casa de um senhor que visitamos uma vez ficava em frente à UBS, mas já não existia mais. Não haviam mais sinais de morada, somente um chão varrido. Ele morava sozinho. Um senhor que reclamava e resmungava sobre o médico e sobre o atendimento na Unidade. A agente de saúde disse que este senhor “foi assassinado por uns meninos e umas meninas...”. Como já estávamos entrando na Unidade, ela não seguiu com a explicação. Mesmo sendo um lugar considerado interiorano e pequeno, o povoado carrega traços de cidades grandes, especialmente os problemas como a violência seguida com a falta de segurança dos moradores. Há um suposto posto policial ao lado da UBS, mas nunca teve funcionamento. Os moradores pedem a reativação desta unidade para que policiais possam estar mais presentes, fazendo rondas e disponíveis quando for preciso. Os moradores temem o crescimento do tráfico e uso de drogas na região: “... cresceu muito... cada vez mais, jovens estão envolvidos”, afirmou um morador.

Em uma outra visita, a agente de saúde estava na Unidade e me levou para conversar com a diretora sobre a Pré-conferência. Combinamos que eu iria participar das reuniões do Conselho e da Pré-conferência que acontece nas Unidades de Saúde locais, antes da etapa municipal. Ao mesmo tempo em que se tentava dar importância a este processo, era perceptível que estaria sendo apenas um protocolo a seguir. Algumas pessoas realmente acreditam e estão dispostas a lutar pela saúde, pela melhoria do atendimento. Estas sofrem muito mais. Outras

---

<sup>18</sup> Sobre este aspect, foi publicado um artigo na Revista *Pesquisa e Práticas Psicossociais* 13 (3). São Joao Del Rei, julho-setembro de 2018. ALEXANDRE, Virginia; NOBRE, Maria Teresa. *Ladainhas de Juventudes: enredos de meninas-mulheres ribeirinhas e seus (des) encontros com a escola*. Neste artigo, discutimos sobre as perspectivas de meninas-mulheres em relação ao futuro, de serem independentes a partir dos “estudos”. Juntamos duas categorias importantes para pensar sobre a realidade de meninas que vivem em lugares interioranos que, embora próximos de centros urbanos, carregam traços de uma cultura patriarcal que as inferioriza e as coloca na condição de “boa moça” ou “perdida”. Gênero e Juventudes são categorias analíticas que nos ajudaram a explicar este contexto e a problematizar o lugar e as dificuldade enfrentadas por estas “meninas-mulheres”.

estão fazendo parte, porque foram obrigadas, por ser uma exigência de seus superiores.

A gerente começou falando de uma forma geral, sem muito colocar sua opinião sobre esses processos de participação que a Unidade de Saúde deve organizar. Depois de um tempo, ela falou sobre o “*estatismo*”, sobre o tratamento que um emprego público recebe de seus trabalhadores, “*buscam na lei formas de não trabalhar*”. Disse isto se referindo às maneiras de trabalho, tanto na vontade e no interesse, quanto na forma de não ir trabalhar propriamente dita, como licenças médicas, entre outras formas. “*As pessoas trabalham sem vontade, tudo reclamam e querem somente os direitos*”, acrescentou.

Estava diante de dois pontos de vista bastante discrepantes, assim como seus contextos de atuação profissional, uma era a gerente e a outra agente de saúde; provenientes de raça e classes sociais diferentes, histórias e percursos que demonstram mais privilégios de um lado do que do outro. Nossa conversa não se estendeu muito, talvez as discordâncias teriam sido o motivo. Falamos sobre a reunião do Conselho para planejar a Pré-conferência. Questões procedimentais que a Unidade de Saúde e, conseqüentemente, os gerentes-gestores devem seguir para a realização das conferências locais.

Dora é uma mulher alta, forte, pele morena e olhos dourados que carregam o brilho da esperança. Ela acredita em seu trabalho e nas potencialidades em que um agente de saúde pode (e deveria) ter no atendimento à saúde local. Recria todos os dias forças para enfrentar o trabalho e a renovar a vontade de melhorar as condições de vida e saúde do povoado em que mora com sua família. Dora quer ver suas filhas livres para escolher um caminho profissional e pessoal que as emancipe de preconceitos e estereótipos, de sofrer com a pobreza e as dificuldades de falta de acesso a informações e aos direitos de cidadania.

Depois da conversa com a gerente da Unidade de Saúde, ela olhou para longe, avistando o cenário lá fora e disse: “estou cansada...”; e direcionou seu olhar para o chão: “*isso cansa a gente... é muita negociação. As dificuldades são grandes que temos que enfrentar. E no conselho, muitos só querem para conseguir votos... e tem o desinteresse dos moradores... fulano não fala com ciclano e isso trava as coisas...*”. O cansaço repetitivo diante do processo de participação revela um caráter de limitação. Conseguir fluidez no processo e ter demandas atendidas é ainda uma

incógnita muito presente nos Conselhos e nas Conferências. O que está em jogo é muito mais além do que participar, se organizar, e se informar para fazer parte do processo e dos trâmites burocráticos. O que está em jogo é que este espaço é permeado por diferenças de raça, de gênero e classe que se fazem presentes e determinam as regras do funcionamento. Os preconceitos e a desigualdade social que, historicamente, vem sendo reproduzida também ditam as maneiras de funcionar do processo participativo.

Interessante o que Baiocchi e Ganuza (2017) chamam de “*participation fatigue*”, o cansaço que toma lugar considerado no processo de participação em países como o Brasil, Estados Unidos e Espanha. Estudando o cenário desses países, os autores analisam o “paradoxo da participação” e descrevem as formas em que a participação vem sendo considerada e utilizada dentro das esferas de controle governamental e institucional. Afirmam que a participação vem se tornando uma estratégia central em governar e que não se caracteriza mais somente como uma forma de contrapartida, pois vem fazendo parte cada vez mais no planejamento do poder governamental. Nesse sentido (pois a participação pode ter vários), a participação se torna um meio de “despolitização” da esfera pública, fortalecendo a noção de controle individual e parceria sem conflito com o estado. E isso faz com que a participação se torne uma negociação entre prestadores de serviços, usuários e trabalhadores ao invés de uma ação coletiva. (Baiocchi; Ganuza, 2017, p. 03).

Muitas pessoas reclamam sobre esse cansaço que o processo de participação provoca, pois é um trabalho intenso onde os resultados nem sempre são alcançados. Participar demanda tempo e dedicação. Não é uma tarefa simples. É um processo longo, intenso e incerto, sendo que as pessoas com menor poder de decisão sofrem mais e se desanimam mais frequentemente.

Dora é responsável por cuidar da farmácia na Unidade, é uma liderança importante no povoado, as pessoas confiam em seu trabalho. Ela tem um discurso político e necessário para driblar os conflitos, que não são poucos. Comentou que “precisamos de uma Reforma Política”, disse que faz diferença de um governo para outro, “*o governo do PT (Partido dos Trabalhadores) é muito mais aberto as questões de participação e a olhar pelos menos favorecidos... Não é só a Unidade sozinha que vai chegar a uma melhora não, tem que ser vários órgãos juntos, pessoas comprometidas, a comunidade comprometida, aí sim*”. Uma vez, ela

comentou, na varanda de sua casa, enquanto nós descansávamos do sol depois de uma manhã de visitas domiciliares, que este governo (2010) estava dando chance para o pobre viver melhor: *“pobre agora pode ter uma geladeira, um sofá, e até mesmo um carrinho pra passear de vez em quando... pobre também tem esse direito...”*. As agentes de saúde convivem cotidianamente com os problemas e as consequências das desigualdades sociais. Por isso, a agente de saúde, sem precisar de muitas teorias, certamente, está pensando na qualidade de vida dos moradores, notando diariamente as pequenas diferenças.

Este campo de pesquisa que descrevo tem o que poderia chamar de uma potência ilusória muito forte. O campo da participação parece alimentar as formas estruturantes de um “mito democrático”. Quando lemos sobre o assunto e quando discutimos no meio acadêmico e nos espaços destinados para a participação, nossa crença nos faz lutar cegamente e acreditar em sua concretização. Os interesses são imensamente diversos, e a sintonia necessária para que algo coletivo realmente aconteça se torna bastante rara, mas não impossível.

Passados esses dois primeiros encontros na UBS do povoado de Areia Branca, veio a reunião de preparação para a Pré-conferência local. As Pré-conferências locais antecedem a Conferência Municipal. Elas são organizadas pela Unidade de Saúde, e cada unidade de saúde leva para a Conferência Municipal as suas reivindicações discutidas previamente. E para isso, o Conselho de Saúde deve se reunir para planejar essas etapas juntamente à população. Os funcionários de cada unidade são convocados para exercer uma função.

Nesta reunião prévia à Pré-conferência (ou também chamam de conferência local), as reivindicações sugeridas pela gerente foram a ampliação da Unidade de Saúde e a ampliação da equipe de profissionais. Estas seriam as reivindicações colocadas pela Unidade. Em nossa primeira conversa, ficou aceito que eu poderia participar das reuniões do Conselho e da Pré-conferência. A agente de saúde queria me colocar como moradora local para poder me candidatar a conselheira. Eu disse que não era possível e que não estava ali para tirar o lugar de nenhum morador, mas, sim, para acompanhar o Conselho. E ela me disse depois em voz baixa: *“é que sei que você está do nosso lado...”*. No momento, pareceu estranho, não estariam todos reivindicando uma mesma causa? Por que haveriam lados opostos? Quais os interesses estariam em jogo?

Nesta reunião de preparação, todos os conselheiros locais foram convocados a participar. Éramos sete, sendo cinco do Conselho. Falaram dos outros conselheiros que não compareceram, que não querem mais assumir, mas também não renunciam para que possam entrar outros em seus lugares. A reunião começou com uma pauta colocada pela gerente. O item principal era a Pré-conferência. Iniciou-se discutindo sobre uma “ata antiga” que não sabem com quem ficou e que “de repente se achou”.

Haviam nesta reunião três participantes que, depois de algumas palavras, foi possível perceber as desavenças antigas e muito sérias. Uma delas, por exemplo, não falava com uma das agentes de saúde por mais de 15 anos, sendo que são cunhadas. O marido desta, irmão de uma das agentes de saúde (que não estava presente na reunião), é conselheiro e estava sendo representado pela esposa. Esta, que parece ser uma simples desavença, algo pessoal, interfere fortemente na conexão dos interesses do grupo. Essas três participantes pareciam ser menos envolvidas com a rotina da UBS. São moradoras de longas datas, mas vistas como estrangeiras. Falaram do Fórum da Comunidade e da Agenda 21 de que o Conselho não parecia estar envolvido. A reunião foi iniciada com as dificuldades da UBS. Uma das participantes lembrou que *“só tem conversinha, conversinha... nunca se resolve nada... Desde 2011 já se passaram quantos gerentes?”*

Os ânimos vão se alterando. Então, a gerente retoma à pauta da reunião e começa falando do que precisam discutir mais diretamente. Focou em três pontos: resgatar o Conselho; apresentar os eixos de discussão da Pré-conferência; e conscientizar a população. Adicionou que *“o posto não comporta a demanda, precisaríamos de outra equipe e mais agentes de saúde...”* E outra participante acrescentou, *“este povoado já tem mais ou menos 8 mil habitantes, e o número de agentes não aumenta, temos 7 agentes para dar conta...é muita coisa...”*. É interessante que, nessas horas, há momentos em que todos estão sincronizados no mesmo problema e de acordo uns com os outros. Este de ter muita demanda e de poucos agentes de saúde é um deles. Todos falam quase que ao mesmo tempo, um complementando a fala do outro. Mas, nessa reunião, ficou perceptível a divisão dentro do Conselho, três mulheres que não são funcionárias e que falavam de suas participações no povoado por outros meios, não permitiam a empatia de todos. Elas

são mulheres brancas de meia idade, duas são de São Paulo, mas já moram no povoado há muitos anos.

A gerente continuou a sua fala com um problema que considera central, chamou de “absenteísmo”, da falta de compromisso dos usuários em cumprir as consultas, de “cumprir o direito”. Usou duas palavras para resumir as ações: fortalecer e conscientizar. As demais participantes da reunião foram colocando questões que não são novidades para elas, e as três falaram na sequência: *“são muitas pessoas para poucos Agentes de Saúde, quase mil pessoas para uma Agente, isso é impossível...”*; *“Temos dois agentes de endemias que andam a pé do Robalo ao Mosqueiro! Areia Branca não é só aqui, tem lugares mais distantes...”*; *“A secretaria já sabe das condições, já levamos isso e a antiga gerente foi quem mais batalhou conosco..., mas se troca de secretário como se troca de roupa...”*.

Nessa conversa, falaram das grades nas janelas e no disjuntor da UBS, *“desligavam a luz de propósito e perdiam todas as vacinas”*. Uma das participantes comentou que *“tem isso a vida toda... falta de estrutura tanto física quanto humana... há tempos que tentamos ampliar isso...”*. As três participantes “externas” da UBS e que participam do Fórum da Zona de Expansão afirmaram que *“conseguimos mais por conta do Fórum”*, enfatizando isso repetidas vezes. Ficou parecendo que quem atua no Fórum não se relaciona muito bem com quem está no Conselho de Saúde. Teoricamente, eles deveriam trabalhar juntos e a presença delas na reunião é um indicativo para isso, mas, pelas conversas, parecem andar por caminhos distintos.

Dora era a única agente de saúde que estava nesta reunião, é a única das sete agentes que participa do Conselho e que tem uma posição mais militante pelo Sistema de Saúde, que acredita na potência e nas possibilidades das pessoas em fazer o sistema de saúde melhorar. As demais agentes se esforçam para realizar seu trabalho, mas não parecem acreditar que a sua participação nos meios institucionais poderia fazer alguma diferença. A descrença e aparente inércia das demais agentes de saúde e de vários moradores podem nos dizer muito sobre a participação e sobre a forma em que os interesses do povoado estejam realmente sendo considerados pelo poder público.

As três participantes “externas” falaram repetidas vezes sobre a Agenda 21 de onde se criou o Fórum sobre Segurança, Educação, Saúde e Transporte.

*“Fazemos um trabalho voluntário, não somos presidentes do Conselho ... tem que ser taxativo, de conversa já estamos cansados... tinha e deve ser feito pelo Agente de Saúde participar do conselho para a conscientização...”*

Sem muito entender o porquê dessa polarização entre as três “externas” e as demais participantes, uma delas desabafou, explicando que o fato de ter passado em segundo lugar no concurso para agente de saúde e não ter sido chamada não é o motivo para estar cobrando e participando. Para ela, o problema é com o trabalho das agentes de saúde. Contou que fez seu estágio em outra UBS e que ficou espantada com a competência das agentes de saúde: *“Agente Comunitária lá entrega exame...faziam 10 casas numa tarde...”*. Contou também que fez estágio no Hospital João Alves (atual HUSE) e disse que a UBS é para baixa complexidade: *“e porque não resolvem? ... de 10 atendimentos no João Alves no setor de triagem que trabalhei, 5 eram de UBS e a cada 10, 7 eram de Alagoas, Salvador e Pernambuco...”*. *“...Acham que eu me meto nas coisas por conta disso, por não ter sido chamada no concurso... não ganhamos nada para fazer isso... a minha cabeça eu devo a Deus e a meu marido que me sustenta”*.

As discussões foram aumentando antes de se chegar aos eixos a serem discutidos para a Pré-conferência. Foi comentado que é necessário colocar no papel “dados reais” de que se tem uma grande “extra área”: *“...está crescendo vertiginosamente esta área, está igual a coelho!”*, falou uma delas. A discussão seguiu polarizada durante toda a reunião. Enfatizando o problema no trabalho dos agentes comunitários de saúde, disseram que haviam fichas repetidas e denúncias de agentes que falsificavam assinaturas de moradores para constar que realizaram a visita.

As intrigas entre a agente de saúde e as três participantes “externas” foram cada vez mais se tornando visíveis. Até o ponto de falar sobre o “balanço da farmácia” da qual a agente está responsável. *“Pessoa medicada pelo médico e não foi dado o remédio por causa do balanço da farmácia... doença não tem horário... o balanço tem que ser feito no dia em que não tem movimento”*. Falaram da falta de capacitação de recursos humanos para atender os usuários: *“as pessoas são tímidas, humildes e não perguntam...”*.

Nesses entremeios, falaram de ver outras UBS que são exemplos de funcionamento: *“o posto Santa Terezinha é um bom exemplo... onde está nosso*



*problema? Os servidores devem se conscientizados de que não estão fazendo um favor... são pessoas que estão viciadas em um tipo de comportamento...comportamento de funcionário público” afirmou uma das “externas”.*

Os polos, interno e externo da UBS, dialogam incessantemente sem afinidades. Uma das participantes externas disse: *“precisamos zerar... renovar...começar de novo...”*, ao se direcionar para a gerente. Disse que há muita *“focagem”*, *“se fomos participar é como se quiséssemos tomar o lugar delas... são pessoas que fazem intrigas... quando moramos aqui, ficamos num angu com caroço”*.

A gerente, então, pega a folha que consta as diretrizes da Pré-conferência de Saúde e direciona a atenção para a leitura do documento. Este documento diz o que cada UBS deve organizar e os eixos a serem discutidos com os usuários, gestores e trabalhadores da saúde que atuam em suas localidades.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 2015 teve como tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: direito do povo brasileiro”. No Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde, estão os eixos temáticos a serem discutidos em cada Pré-conferência, na Conferência Municipal, Estadual e assim chegar à Nacional. Neste documento, os eixos temáticos são acompanhados de diretrizes; objetivos; propostas e perguntas geradoras. São eles:

- I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;
- II - Participação e Controle Social;
- III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde;
- IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde;
- VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS;
- VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS.

O documento lido é um resumo das orientações dadas pelo CNS. Para cada eixo, devem-se elaborar três propostas. Nessas conferências, também ocorrem as

votações dos conselheiros e dos delegados que irão participar da etapa municipal. Assim, o número de delegados é em relação ao número de usuários, sendo que o Conselho Municipal determina este montante. Os votos são para escolher os conselheiros, diretor, suplente e delegados. A diretora atual também é representante da associação CMP (Central dos Movimentos Populares). A Pré-conferência do povoado foi marcada para o dia 11 de junho (2015), sendo que houve mudanças de datas posteriormente.

A presidente do Conselho parecia ter se afastado por motivos de saúde e disse que estava disposta a estar mais presente já que sua saúde havia melhorado. Foi colocado que é importante ser conselheiro, especialmente presidente, quem realmente teria tempo e condições para exercer esta função. E que todos deveriam pensar antes de se colocarem como candidatos à reeleição. Após ter enfatizado estas questões, a gerente da UBS falou que se trata de questões políticas. Uma das participantes “externas” adicionou: *“sim somos seres políticos, seres sociais...”*. A gerente pediu “sinceridade” e falou de “questões políticas partidárias e interesses pessoais” que atrapalham, segundo ela, o bom funcionamento do Conselho. Outra participante “externa” colocou que os problemas são pessoais, de dever favores e de ser partidários. A gerente usa duas palavras para resumir seu ponto de vista: *“soberba e descrença ... as pessoas não acreditam mais... Há descrença devido à falta de continuidade... não podemos depender de outras pessoas...”*.

Terminaram a reunião falando da falta de compromisso das pessoas da UBS, de que é preciso pensar a saúde em contexto maior, que há uma falta de consciência geral: *“somos seres individuais, mas para o coletivo”*, falou uma das participantes. Foi marcada uma próxima reunião antes da Pré-conferência para tentarem discutir os eixos temáticos, pois, neste momento, não chegaram a discutir cada eixo como o previsto. Essa conversa pareceu ser um “acerto de contas”, que, na verdade, nada de acertado ficou. As desavenças vão permanecer por muito tempo ainda, infelizmente. A reunião depois desta nunca aconteceu, sendo que o encontro seguinte foi diretamente na Pré-conferência da Unidade com a presença dos moradores.

## 4.2 A Pré Conferência do Povoado de Areia Branca

A Pré-conferência do povoado foi realizada no pequeno salão de festas da Igreja Católica que fica a alguns passos da UBS. Entrávamos por um lado da igreja para chegar ao outro onde estava o salão paroquial. Atrás, havia uma vista encantadora do rio Várzea Barris. Uma cruz de madeira nas extremidades recriava a paisagem. O sol poente brilhava nos entremeios da cruz, e o reflexo no rio espelhava a vegetação verde que habita ao seu redor. Uma igreja simples, pequena, mas bem centralizada no povoado. A igreja é o último ponto da avenida principal, tendo o rio como quintal. O salão também era pequeno, mas comportou todos que compareceram na Pré-conferência.

Ao chegar, fui diretamente falar com a gerente da UBS que estava organizando os preparativos junto aos outros funcionários da Unidade de Saúde. Chegamos juntas, eu e a agente de saúde que participa do Conselho. Poucas agentes foram participar e ficaram por pouco tempo. Passaram-me uma ficha para preencher, e a gerente disse que, como não sou moradora, não preencheria nenhum cadastro e que ficaria na condição de ouvinte: *“sem direito a voz e voto”*. Aceitei pelo fato de poder estar presente. Não pedi que me apresentasse nem me apresentei para nenhum dos organizadores. Algumas pessoas da UBS me conheciam e sabiam que era “pesquisadora da Universidade”. Para a maioria, especialmente para os da comissão organizadora, eu era mais um corpo presente. Depois, fiquei pensando se essa estratégia de conversar “na surdina” com os participantes não prejudicou uma aproximação com os delegados e outros organizadores. Ou, ao contrário, que essa escolha de aproximação me fez escutar os murmúrios dos quais buscava ouvir. E escolha feita neste momento determinou muitos dos outros passos da pesquisa. Esta escolha de quem eu estaria interessada em escutar e me aproximar teve efeito no decorrer do campo de pesquisa e do tipo de discussão trazida para esta tese. Conversava com as pessoas ao lado, observando a movimentação dos trabalhadores da UBS e do Conselho local para organizarem o evento. Havia lista de presença, cadastro dos participantes e os crachás que seriam usados também na hora da votação. Quem não levantasse o crachá era porque não estava a favor da pauta discutida nos eixos de propostas.

### *Preparativos para a Pré-Conferência do Povoado de Areia Branca*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

Toda a Pré-conferência é organizada com pessoas da UBS, do Conselho Municipal e local e duas facilitadoras, da Secretaria de Saúde. As assistentes sociais ficavam como relatoras. Os cartazes ao lado estavam com os títulos de cada eixo e grupo para serem escritos pelos participantes. A assistente social da UBS sentou-se a uma mesa ao lado da mesa de abertura com os membros citados. Não explicou nada e não dirigiu quase nenhuma palavra durante toda a Conferência. Seu olhar não transmite vontade, ou uma ânsia de querer estar naquela função ou naquele local. Uma mulher calma, de fala mansa e vagarosa. Moradora local, de pele morena, cabelos curtos e lisos, conhece muitas pessoas do povoado e as carências que lida diariamente. Sua feição e performance demonstraram um certo cansaço. Sua presença na Pré-conferência foi silenciosa, não dirigiu uma palavra, sentou-se à mesa ao lado, observava e registrava, em um caderno, os momentos da Conferência.

Os arredores da igreja e do salão de festas no qual a Pré-conferência estava sendo organizada estavam sendo ocupados por moradores e trabalhadores da Unidade de Saúde local. Um dos representantes externos, que disse ter presidido a pré-conferência do bairro Atalaia, comentou: *“Graças a Deus que o usuário está aparecendo ... lá eu tive que catar gente na rua”*. Ele chegou junto ao representante do Conselho Municipal que presidiu a Pré-conferência no povoado.

A gerente da UBS faz seus primeiros comentários, pedindo para que todos se aproximassem para dar início. A mesa se compõe e o presidente da mesa começa a explicar o regulamento, a sequência de conferências que continuam depois desta primeira etapa (Municipal, Estadual e Nacional), e uma das facilitadoras faz a leitura. Para instigar a participação e provocar o interesse comum, o presidente da mesa faz alguns comentários. *“O SUS é pago pelos usuários... é o maior plano do mundo... e o trabalhador do SUS também é usuário”*. O conselheiro municipal continua sua fala dizendo que *“o objetivo é de garantir a participação popular, como trabalhador gestor e usuário... Tecnologia do relacionamento, das relações humanas...”*. Com essas suas colocações, pareceu que talvez estejam utilizando desses instrumentos participativos como uma tecnologia para organizar as possíveis manifestações e reações perante o descaso da Prefeitura em responder às necessidades da população. E isso pode ter dois lados opostos: uma forma de garantir a participação e outra de moldá-la e limitá-la.

O universo da saúde é constituído por vontades, desejos e afetos que se diferenciam e se relacionam cotidianamente. As políticas públicas e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) possuem várias facetas que podemos pensar nesta relação de poder e dominação e no que tange às noções de individualismo e coletividade. O Brasil é um dos poucos países que possuem um sistema de saúde público com acesso universal. É ousado e utópico ao mesmo tempo. Com suas dificuldades, o sistema de saúde funciona conforme as vontades políticas e econômicas de segmentos privilegiados e detentores do poder, do comércio de remédios e equipamentos.

Nesse sentido, um dos objetivos desta descrição detalhada e sequencial de alguns acontecimentos como as Pré-conferências e as Conferências é tentar mostrar a dinâmica de funcionamento em que as relações de poder se estabelecem nesse

meio destinado à participação. Essa participação que é regida por lei e considerada como um direito de cidadania é recriada por diferentes usos.

Durante a Pré-conferência do povoado de Areia Branca, muitas questões foram surgindo. Como um lugar com inúmeros potenciais, de recurso e beleza naturais pode crescer de maneira desregulada, desigual e proporcionar ainda mais mazelas sociais acima das existentes? É como se existisse uma conta que não fecha, um cálculo onde faltam elementos visíveis a serem considerados. O processo de participação tem esse tipo de conta que precisamos decifrar. É uma equação difícil de resolver.

Ainda na fala deste conselheiro, foram levantadas algumas questões sobre trazer a Academia da Cidade para o povoado e pediu para adicionar nas discussões dos grupos a proposta “Saúde + 10”, que corresponde a um projeto que reivindica o uso do montante de 10% das receitas corrente bruta da União para ser investido na saúde pública. “... *Um milhão de assinaturas para enviarmos... já aconteceu de conseguirmos dois milhões de assinaturas e os deputados engavetarem...*”, disse o conselheiro.

O médico na UBS, morador do povoado, participou da Pré-conferência. Pediu para fazer alguns comentários, antes que as discussões dos grupos e a eleição dos conselheiros fossem realizadas. Ele disse: “*É importante reclamar, mas tem maneiras de reclamar...*”. Falou das dificuldades que também enfrenta enquanto profissional e salientou que a forma de muitas reclamações acontecerem cria desavenças pessoais, porque muitos pensam que o médico consegue resolver tudo e ficam cobrando seus horários e quem sofre com a precariedade do Sistema de Saúde não são só os usuários, mas também os profissionais que atuam nesta área. “*Quem vai se candidatar a conselheiro que pense bem, vê se realmente pode... as coisas não se esgotam...*”, disse ele.

Convidou a todos para participarem do Fórum da Agenda 21, disse data e lugar para a próxima reunião. Relembrou os problemas do lixo e as doenças que podem surgir deste descaso. Este é um sentido importante dado à participação, um lugar para conversar e partilhar as dificuldades vividas por usuários, mas também pelos profissionais que trabalham no SUS. O médico da localidade reforçou a importância de olhar para os problemas que atingem o povoado de diversas maneiras, inclusive na saúde.

Os grupos começaram a ser organizados. Um grupo ficaria com cada eixo temático. Depois de discutirem, escolheriam três propostas mais relevantes para colocar nos cartazes e explicá-las. No final, seriam organizadas as propostas em um único formato, fazendo um apanhado geral, verificando as repetidas e as mais importantes. Recebemos uma folha do regulamento das Conferências locais de saúde; uma folha frente e verso que foi lida pela facilitadora. Antes de iniciar a leitura, a mulher que estava ao meu lado comentou: *“é muita coisa pra ler!”*. Comentou que tinha ido à UBS para uma injeção, e a “convocaram” para ir participar: *“... se isso ainda funcionasse...”*, ela resmungou. Ela, uma mulher de seus trinta anos, pele manchada do sol forte e brilhosa do calor que estava fazendo, jamais imaginava em estar ali, naquele dia e naquela hora. Maria não entendia seu papel, nem o porquê daquela reunião: *“to doida pra ir embora, to cheia de coisa pra fazer...”*.

Os grupos foram organizados, cada eixo foi discutido separadamente. Após a discussão, cada representante de um grupo comentaria as três propostas eleitas. Alguém escreveria no cartaz de cada eixo para que ficasse visível a todos os presentes. Os eixos (citados nas páginas anteriores) são os mesmos, sendo que juntaram os dois primeiros: *Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de qualidade com a Participação Social*. Nesse primeiro eixo, as propostas foram de trazer para o povoado um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Ampliação da equipe de trabalho e da UBS. O conselheiro municipal, que estava presidindo a Conferência, ficava sentado à mesa de abertura para realizar as votações que aprovariam cada proposta de cada eixo. Ele disse: *“Nosso país é rico, temos dinheiro pra isso”*, parecendo querer incentivar as propostas. A cada proposta, ele pedia a votação por meio da elevação dos crachás. Só poderia votar quem estivesse com crachá, e assim, ele contava os votos e as pessoas baixavam o crachá na medida que ele computava. Quando aprovado, dizia: *“Aprovado por unanimidade!”*.

Dessa maneira, foram seguindo os demais eixos. Vejamos as propostas discutidas e colocadas nos cartazes em cada grupo. No eixo II - *Valorização do Trabalhador e da Educação em Saúde*, as propostas colocadas foram: outra equipe, mais agentes de endemias e agentes de saúde; ampliação da UBS e Jornada Ampliada. Quando as propostas eram repetidas, faziam retirar e repensar em outra para não ficar igual. Isso é um fator interessante por dois motivos: um, que

possibilita colocarem mais necessidades em pauta; outro, que impede de ver qual delas é a mais urgente, pois as mais repetidas podem significar que há maior urgência em ser atendida. Talvez poderiam fazer um balanço de todas as propostas que antecedem a Conferência Municipal para verificar as necessidades comuns de diferentes localidades e as mais importantes.

No eixo III, *Educação em Saúde, informação, educação e política de comunicação do SUS*, foram ressaltadas as reuniões periódicas; capacitação de recursos humanos; divulgação de campanhas e atualização do programa de saúde. Também foi comentado sobre realizar palestras na sala de espera da UBS e sobre a TV que fica na Unidade: *“trazer programas educativos e não deixar a TV só na Globo... a secretaria deveria fazer programas educativos”*. No IV eixo, *Financiamento do SUS e Relação Público-Privado*, foi colocado, também como repetida, a necessidade de ter um NASF, e adicionaram falando de uma *“clínica pública para exames”*.

Sobre o eixo V, *Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde, reforma democrática e populares do Estado*, mais uma vez, levantaram a importância de um NASF, a contratação de novos profissionais para cumprir o aumento populacional. Falaram que, em 2004, atendiam uma média de *“3 mil e em 2012 esse número subiu para 12 mil ... essa área está crescendo de forma desordenada, novas famílias e por isso precisamos de outra equipe”*.

O médico da UBS que estava representando as propostas deste eixo comentou: *“... vocês são testemunhas dos meus ‘xiliques’”*, iniciou assim falando da terceira proposta que é *“acabar com o efeito ‘telefone sem fio’”*, ou seja, ter informações integralizadas entre médicos e unidades de saúde, uma espécie de prontuário eletrônico onde têm-se todos os dados do paciente registrados. Assim, tanto o médico do posto quanto de um hospital ou onde for fazer exames saberão dos atendimentos antecedentes, dos tratamentos e medicamentos já utilizados. Falou também da possibilidade de imprimir as receitas e de várias questões que poderiam ser simples de resolver, mas que dificultam muito o trabalho.

O médico comentou que as pessoas às vezes ficam tempo sem voltar à consulta e esquecem-se do exame que foi solicitado, ficam sem ver o resultado e dar prosseguimento ao tratamento. Muitas vezes, também não conseguem reproduzir o que o especialista para o qual foram encaminhadas explicou. Este



projeto é algo já pensado dentro do SUS, com a formulação do Cartão Nacional do SUS, que, se colocado em prática, facilitará o acesso às informações dos pacientes e o atendimento em outras cidades e estados, fazendo computar o atendimento dentro dos recursos do lugar de origem do usuário.

As informações sobre a implantação deste sistema encontram-se na internet, e as redes de atendimento estão, aos poucos, se adaptando para que esta maneira de funcionar seja efetivada. Somente este assunto seria um tema para muitas teses. A relação entre esta concepção do cartão com a sua prática em todo o território nacional seria algo bastante interessante para estudar. Certamente, não depende somente de meios técnicos-operativos para que esta ideia seja implementada. Sobre o cartão, têm-se essas explicações retiradas na internet:

Um instrumento que visa facilitar o atendimento do cidadão, agilizando o processo de marcação e agendamento de consultas e exames, ele também possibilita a verificação de informações básicas do paciente num sistema próprio: o Sistema Cartão Nacional de Saúde. Esse acesso geralmente é feito pelos próprios médicos ou profissionais da área de saúde que venham a atender o usuário. Todavia, com o lançamento do **Cartão SUS Digital** em 2015, o próprio usuário poderá consultar informações importantes sobre sua condição física e estado de saúde atual. Taxas de glicemia e histórico de pressão mínima e máxima são alguns exemplos do que poderá ser verificado no aplicativo do cartão.<sup>19</sup>

O médico também aproveitou sua fala para levantar algumas questões sobre a terceirização, questão essa bastante discutida nas Pré-conferências, mas pouco visibilizadas. Explicou rapidamente as diferenças das contratações por concurso e por CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Este assunto acabou não rendendo muitas discussões. Depois de serem *“aprovadas por unanimidade”*, o conselheiro municipal adicionou que: *“...o país está assim é culpa nossa ... quando somos roubados e não entramos com uma ação contra o Estado!”*. A transferência da

---

<sup>19</sup> Informação adquirida no site <https://cartaodosus.org/cartao-sus/cartao-sus-digital/>.

suposta culpa pelos problemas no sistema de saúde é frequentemente transferida para os usuários. As pessoas ordinárias, que com dificuldades tocam suas vidas para garantir trabalho, alimentação e moradia, se deparam com uma culpa em suas costas, sem muitos deles entenderem o motivo.

O último eixo foi sobre *Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS*. Neste, discutiram sobre a UBS ter uma TV com conteúdo de qualidade e de uma ambulância. Falaram da necessidade de atividades mais lúdicas infanto-juvenis; de um ponto de cultura circulando, do “stand-up” com pranchas de garrafa PET; e do “rio”: *“a população ribeirinha não sabe nadar, as crianças precisam aprender e utilizar este rio...”*, falou uma das participantes que estava representando este último grupo. Ela me parecia não ser do povoado. Perguntei para a pessoa que estava sentada ao meu lado quem era esta participante, e respondeu que: *“...é uma das amiguinhas do médico... é de fora”*.

É interessante tentar explorar e relacionar o rio com a comunidade às suas margens. Isso me fez pensar que a população moradora, que se relaciona com o rio cotidianamente e por muitos anos, sabe do perigo que ele carrega. Mesmo mostrando calma, o rio possui força em suas águas, capaz de levar qualquer corpo que tentar lutar contra suas correntezas. Por isso, os pais não encorajam seus filhos a nadarem, é um perigo que pode ser evitado, pois existem outras maneiras de se relacionar com o rio.

A pesca é um ponto importante, pois coloca em questão o processo de crescimento urbano em que o povoado vem sofrendo. Cada vez mais, os moradores desistem de conviver com o rio, de pescar e de ter essa prática como sua principal atividade e sustento. Alguns moradores deixam a pesca para dias de lazer, ou complemento de renda, quando sobra tempo. Ainda neste último eixo, falaram de ter um posto policial funcionando junto à UBS. O Conselheiro Municipal respondeu que *“isso não é da nossa ossada, são setores diferentes e não podemos pedir isso na saúde... pode na conferência da cidade”*. Enfatizaram então sobre a ambulância. E ele comentou que já tem a do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no Mosqueiro. *“Samu é do Estado... mosqueiro é mosqueiro, aqui é Areia Branca, o Samu do Estado é uma sucata”*, falou um dos participantes. E o Conselheiro comentou: *“uma ambulância no posto eles não vão colocar, nem adianta, vai abrir precedente”*.

A votação das propostas foi encerrada e iniciou-se o processo de votação. Percebe-se que é de interesse de todos, porque não ocorre esvaziamento no final. Todos aguardam por este momento. O Conselho local do povoado é composto por 4 usuários, 2 trabalhadores e 2 gestores, sendo que destes escolheriam 2 para serem delegados e participar da etapa municipal.

Ao falar que seria a hora da eleição, todos se levantaram e começaram a ajeitar grupos para discutirem. Os candidatos logo se destacavam com suas falas, posturas firmes e olhares compromissados. Cada candidato teve alguns minutos para se apresentar e pedir o voto. O Conselheiro Municipal lembrou para os grupos: *“A nacional recomenda 50% de cada sexo e se for ‘trans’ conta nas mulheres...”*. O sorriso após esta afirmação pareceu mostrar que cumpria apenas um protocolo e que sabia que isso não seria colocado em prática. As horas foram passando e a eleição deixada para os últimos minutos também, com intuito de ficarem presentes somente pessoas ligadas aos candidatos. Os demais moradores, não muito envolvidos neste processo, foram embora mais cedo.

#### **4.3 Tecendo outro caminho**

O Bairro Coroa do Meio foi outro ambiente descrito e acompanhado durante o processo de preparação para a conferência local. O objetivo foi conhecer outros cenários e maneiras de organizar o processo de participação. Dessa forma, foi possível perceber as diferentes maneiras de reinventar a participação e o sentido dado a este processo. Faz-se uma descrição do lugar, também situado na região praiana, marcada por um processo de “invasão” que antecedeu o processo de “expansão” da cidade.

O campo de pesquisa teve início, então, com este retorno ao povoado de Areia Branca. Ele se estendeu para outros lugares conforme foram acontecendo os envolvimento nos processos de participação durante o ano de 2015. Os lugares já não se tornaram fixos conforme a pesquisa foi sendo realizada, pois esta envolveu pessoas de diferentes lugares, que atuam ou atuaram em algum âmbito da participação institucional. Isso mostrou como os percursos do processo

participativo, mesmo institucionalizado, vão além, em outros contextos da vida cotidiana.

O bairro chamado Coroa do Meio foi um lugar importante também para se pensar a participação na área da saúde, bem como nos processos de mudanças socioambientais com a expansão da cidade. Este bairro é considerado um bairro estratégico para o turismo. Há a Orla da Atalaia, onde acontecem as feiras de artesanato; uma região dos lagos, para passeios e práticas esportivas; uma avenida composta por grandes hotéis de um lado e, do outro, ficam restaurantes e quiosques; além de uma extensa praia que acomoda alguns bares e restaurantes.

Essa região fica entre o Centro da cidade e a “zona de expansão” urbana, onde se localizam os povoados Robalo, Areia Branca e Mosqueiro. Em direção aos povoados, a Avenida Melício Machado é o principal acesso comercial. Em paralelo, tem-se Aruana, a sequência da região praiana paralela a esta avenida principal destes povoados citados. Em direção à linha verde, estrada de acesso a Salvador, BA, recebe grande fluxos de carro, principalmente durante férias e feriados prolongados.

A maioria dos turistas fica hospedada na região dos bairros Coroa do Meio e Atalaia, que são vizinhos. Este bairro fica dividido pela avenida Mario Jorge, a qual separa uma região de condomínios e hotéis de uma região de ocupação, de casas mais simples e aglomeradas. Os cenários se distinguem facilmente. Ao adentrarmos à região ocupada, percebe-se a movimentação mais intensa de pessoas, em frente as suas moradas, e crianças brincando na rua.

A desconfiança e preocupação com os roubos e tráfico de drogas estão mudando a dinâmica destes bairros de Aracaju. Alguns moradores têm relatado os tiroteios frequentes nas chamadas “bocas de fumo”, onde ocorre a venda de drogas. Os assaltos estão cada vez mais frequentes. Uma simples ida à padaria pode trazer muitos transtornos. Uma moradora contou que, por volta das sete horas da noite, em um dia de semana, sua filha mais velha havia ido à padaria que fica na esquina de sua rua. Enquanto ela ficava em casa com suas duas outras filhas, ouviu tiroteio e logo pensou se sua filha mais velha estaria bem ou se algum tiro havia lhe acertado. A aflição tomou conta, e alguns vizinhos que estavam na rua foram atingidos, alguns no braço e outros na perna. “*Por sorte,*” como ela mesma relatou, nada de pior aconteceu, inclusive com sua filha. “*Os bandidos falaram, ‘vai ter tiro*

*aqui até a gente conseguiu pegar essa cabra, e quem tiver na rua vai levar bala também, fiquem quietos em casa que nada de mal vai acontecer com vocês”*”, contou a moradora, esse aviso dado por um dos atiradores.

Esta moradora é uma entre tantas outras mulheres no Brasil e no mundo que cuidam sozinhas de suas famílias. Segundo os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010), cerca de 40,9% das mulheres contribuem para a renda das famílias do País. Em 2000, as mulheres chefiavam 24,9% dos 44,8 milhões de domicílios, e em 2010, este número atingiu 38,7% dos 57,3 milhões de domicílios registrados. Segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em mais de 42% destes lares, a mulher vive com os filhos, sem marido ou companheiro. Segundo o censo do IBGE também de 2010, Aracaju possui 43,9 % dos lares chefiados por mulheres.<sup>20</sup> A moradora com quem conversei trabalha como faxineira e recebe a ajuda de custo do programa Bolsa Família do Governo Federal. Seu marido a abandonou e não contribui significativamente com o sustento da casa e dos filhos. Ela disse: “... e minhas cunhadas ainda me culpam por ele está assim doente, depressivo... e eu? Eu não posso ficar doente, nem depressiva não, tenho que trabalhar pra sustentar minhas filhas...”.

O bairro Coroa do Meio é marcado por sua dupla característica. De um lado tem-se o mar e as proximidades da Orla de Aracaju, com hotéis, restaurantes e prédios residenciais. De outro, mais próximo do rio, é caracterizado por uma região mais precária e ‘menos turística’. Advinda de um processo de ocupação que culminou na formação de casas aglomeradas. O bairro possui esta parte mais aglomerada e outra que se diferencia por ter casas grandes, muradas, com cercas elétricas e sistema de vigilância. Quanto mais perto do rio, mais precário e quanto mais perto do mar, mas luxuoso o empreendimento. Somente este bairro e suas características peculiares poderia ser um foco de estudo sobre o desenvolvimento econômico, político e social de Aracaju.

---

<sup>20</sup> Dados retirados do site <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,280030&cat=-15,-16,-17,-18,128&ind=4704> acessado em novembro de 2018



*Coroa do Meio*<sup>21</sup>

Em um bairro que já sofria pelo estigma de ser ocupação e de ser pobre, a violência gerada pelo tráfico de drogas dificulta ainda mais a vida dos moradores que tentam viver e voltar do trabalho sem medo de assaltos ou tiroteios, especialmente as mulheres. Muitos moradores lamentam as mudanças negativas que vêm ocorrendo na cidade. Um dos moradores disse: *“nosso bairro não é mais o mesmo... Aracaju não é mais a mesma...”*. Esse tipo de reclamação também foi feito por alguns moradores do povoado de Areia Branca. Essas falas se tornam corriqueiras em áreas de expansão urbana, de um lugar que se transforma, mudando drasticamente o dia a dia dos moradores e a dinâmica das relações de vizinhança. Os muros altos levantados para gerar segurança acabam dificultando a vigilância entre vizinhos. Alguns moradores relataram que, quando deixavam as portas e janelas das casas abertas, e os muros eram baixos - quando se podia ver as casas uns dos outros -, a vigilância era mais eficaz, pois um morador podia ver e vigiar a casa do outro e alertar-se no caso da presença de desconhecidos pelo bairro. Hoje, na maioria dos lugares de Aracaju, esse cenário está crescendo nas áreas de expansão, os muros entre as casas são cada vez mais altos, e um vizinho quase não se comunica com outro.

---

<sup>21</sup> (<http://sergipeemfotos.blogspot.com/2014/09/vista-aerea-e-parcial-do-bairro-coroa.html>)

Um dos moradores contou que, em outro bairro, os ladrões estacionaram um caminhão baú e roubaram a casa na ausência dos moradores, levando praticamente todos os pertences. Nenhum vizinho viu ou sentiu que algo estava de errado, pois não sabia que os vizinhos estavam viajando e desconheciam os moradores. *“Quem mora em casa em Aracaju fica mais preso do que quem mora em apartamento”*, afirmou um morador. Contou que uma família vendeu a casa e foi morar em condomínio de prédios, para que as filhas pudessem brincar mais com outras crianças, porque, em casa, ficavam sozinhas, sem outras crianças para brincar. *“A rua não é mais um lugar para as crianças ... ou qualquer idade ... não se pode mais circular livremente aqui não...”*, comentou outro morador.

Inúmeras são as queixas de moradores falando do lugar que vem mudando, fazendo crescer a insegurança e o medo. Essas falas são ecoadas nas Unidades de Saúde, nas conversas pelos corredores ou enquanto se espera o atendimento. Muitas vezes, durante a pesquisa, as “idas ao campo” se faziam na sala de espera, na frente da Unidade de Saúde ou embaixo de uma sombra, do lado de fora. A gama de problemas sociais que permeiam a saúde geralmente fica do lado de fora do consultório médico, e o agravamento de certas doenças tem suas origens e/ou intensidades fora do corpo, fora da sala e fora de alcance.

A medicalização de problemas causados pelas disparidades econômicas e sociais é tratada por Scheper-Huges no seu livro sobre a “morte sem choro”, citado anteriormente. O trabalho de campo da autora a fez levantar uma questão-chave: como e por que as pessoas se veem primeiramente como “nervosas” e secundariamente como “famintas”? A doença dos nervos que a autora descreve no trabalho é tratada e transferida para um nível patológico. As consequências da fome são tratadas com remédios, diagnosticadas como “doença dos nervos”. Quais são as forças existentes que produzem tal sentido?

Um corpo faminto precisa de comida. Um corpo doente e “nervoso” precisa de medicação. O corpo faminto existe como uma potente crítica à sociedade que habita. O corpo doente não compromete ninguém. A doença exerce o privilégio da neutralidade. Na doença (idealmente) não há acusações, culpas e responsabilidades. A doença está dentro da categoria

moral de que coisas ruins “simplesmente acontecem” com as pessoas. (SCHEPER-HUGHES, 1993 p. 174)<sup>22</sup>

A percepção da relação entre saúde e problemas sociais é pouco considerada e ainda tratada com distanciamento. Mais facilmente relacionada com um contexto patológico, tratar do problema como doença se torna menos comprometedor pelos que se beneficiam com o poder público. As disparidades sociais são causadoras de muitos problemas no âmbito da saúde. No processo de participação, os problemas colocados como demandas são necessidades básicas que refletem um contexto também desigual. Como, por exemplo, a violência citada pelos moradores, a vida corrida de trabalho e pouco salário, e a precária condição das mulheres pobres que vivem para sustentar a casa e os filhos que os companheiros abandonaram.

Saskia Sassen trata de questões relacionadas à globalização e migração de forma a despertar um olhar para o que se reproduz paralelamente a este fenômeno. Em seu texto “*Global Cities and Survival Circuits*” (2004), trata de alternativas e meios de exploração que envolvem as mulheres. Mesmo as mulheres sendo importantes protagonistas da economia, estas não são enquadradas de maneira inferiorizada. A autora chama a atenção para a “feminização da pobreza”. Os circuitos de sobrevivência estão ligados às mulheres em sua maioria. Não somente em contextos domésticos e comunitários, mas em termos governamentais e institucionais que se beneficiam com a economia gerada “nas costas das mulheres”. E ressalta ainda que esta realidade não é ocasionada por uma simples agregação de ações individuais, mas que envolve forças maiores como o mercado e as forças governamentais.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> “A hungry body needs food. A sick and “nervous” body needs medication. A hungry body exists as a potent critique of the society in which it exists. A sick body implicates no one. Such is the special privilege of sickness as a neutral social role, its exemptive status. In sickness there is (ideally) no blame, no guilt, no responsibility. Sickness falls into the moral category of bad things that “just happen” to people. (SCHEPER-HUGHES, 1993 p. 174)

<sup>23</sup> “Such circuits, realized more and more frequently on the backs of women, can be considered a (partial) demonization of survival. Not only are house-holds, indeed whole communities, increasingly dependent on women for their survival, but so too are governments, along with enterprises that function on the margins of the legal economy. As the term *circuits* indicates, there is a degree of institutionalization in these dynamics; that is to say, they are not simply aggregates of individual actions”. (SASSEN, 2004 p.265)



Ao estudar o processo de participação na área da saúde, nos deparamos com uma imensa gama de aspectos que estão diretamente relacionados. As mulheres estão fortemente presentes em Conselhos e Conferências de saúde, especialmente no âmbito local, por isso, precisamos olhar para o contexto em que as mulheres estão inseridas e demarcar os aspectos sociais e culturais que influenciam na forma que se enquadram no processo de participação, especialmente no que tange às possibilidades de tomada de decisão. Iremos trazer algumas reflexões sobre as mulheres em outro tópico. Por causa da expressiva presença das mulheres e da ainda fortemente existente cultura patriarcal, um capítulo sobre essas reflexões se fez necessário. Continuaremos com a descrição da Pré-conferência do Bairro Coroa do Meio, seguido da Conferência Municipal, Estadual e Nacional.

#### **4.4 A Pré Conferência do Bairro Coroa do Meio**

O Bairro Coroa do Meio tem aproximadamente 15 mil habitantes. Lizia (Assistente Social) e Gil (Agente Comunitária de Saúde) foram (e são) importantes protagonistas e mobilizadoras do processo de participação através da Unidade Básica de Saúde. O evento seguiu o mesmo formato do povoado de Areia Branca, em proporções maiores. Todas as Unidades de Saúde estavam direcionadas a seguir o mesmo protocolo, sugerido pela Secretaria da Saúde, com as instruções do Conselho Nacional de Saúde. Teoricamente, o objetivo é que, em todo o Brasil, as Conferências locais, municipais e estaduais aconteçam com o mesmo formato, seguindo as diretrizes nacionais.

A participação nas conferências deste bairro foi através do contato com a assistente social da UBS. Como foi sinalizado anteriormente, este bairro também é apresenta características de crescimento e especulações turísticas e imobiliárias. Também possui uma região de ocupação e de condições de moradias mais precárias, contrastando com um crescimento de prédios e condomínios. Recentemente, o Plano Diretor da Cidade de Aracaju foi mudado e, com isso, houve uma alteração na liberação para a construção de prédios mais altos na Orla da Atalaia, na avenida em frente ao mar.

Antes da realização das Pré-conferências, conversei por mais tempo com a assistente social (AS) e com uma das agentes de saúde (ACS), que pareciam ser uma grande liderança no bairro. Era a assistente social, que estava à frente da organização das Conferências da UBS. Ela mesma comentou que faz parte da profissão mobilizar as pessoas, mostrar seus direitos e as maneiras de lutar por eles: *“faz parte do projeto ético-político da profissão, não podemos deixar isso de lado”*. Lizia marca sua presença por onde passa, uma mulher alta, forte e de grande articulação dentro da Unidade de Saúde e fora dela. A diferença entre as duas assistentes sociais dos lugares percorridos e com algumas que conversei durante as conferências municipal e estadual é um grande exemplo das diferentes maneiras de se agenciar institucional e cotidianamente.

Lizia contou sobre o processo de mobilização dos assistentes sociais de Aracaju em consolidar a profissão como parte integrante da equipe do PSF. Citou a tese de Doutorado da professora de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, Maria Cecília Tavares, que descreve o processo de criação do Programa de Saúde da Família no Brasil e, especificamente, em Aracaju. Em sua tese, descreve a articulação das Assistentes Sociais em garantir que a profissão fizesse parte da equipe do PSF. Para Tavares (2009), a criação do PSF no Brasil tece muitas complicações, mas se tornou uma política acessível aos cofres públicos e contribuiu fortemente para a descentralização do atendimento à saúde.

Segundo Tavares, os protocolos do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju foram construídos durante o ano de 2003, os quais objetivaram a inserção dos assistentes sociais como integrantes do PSF. Essa data marca um processo de mobilização dos profissionais da área em defesa da saúde pública, que se iniciou desde o movimento da reforma sanitária.

... A proximidade com o local permitiu a inserção nas questões que norteavam as discussões no setor saúde naquele momento, tais como a participação popular e a luta pela construção do sistema público de saúde. Desde esse momento, impulsionada a partir de 1988, essa constituiu atuação marcante dos assistentes sociais no campo da saúde em Aracaju. (TAVARES, 2009 p.194).

A leitura sugerida pela assistente social Lizia, da Unidade de Saúde do Bairro Coroa do Meio, foi importante por atrelar a inserção dos assistentes sociais no PSF à história de Sergipe, à formulação das políticas públicas de saúde, especialmente as de nível local, e a organização profissional em luta por espaços de atuação e garantia de direitos. O universo da saúde é considerado complexo por necessitar de vários segmentos profissionais, pois a formação profissional é compartimentalizada, mas o processo de adoecimento e as doenças em geral não. Elas extrapolam barreiras e os diferentes profissionais podem, no sentido inter e multidisciplinar, obter uma ampliação maior no nível de atendimento.

Para divulgar a pré-conferência do bairro, foi elaborado um convite a ser entregue pelas agentes de saúde durante as visitas e na Unidade. Este folheto estava com recorte decorado, em pontilhados com uma espécie de chamado simples e resumido. Primeiro, tinha o chamado para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, o tema e as etapas Municipal e Estadual e o site do Conselho Nacional. E, logo abaixo, estava o convite para participar. No convite, dizia:

*Você está satisfeito com o serviço de saúde? Você tem sugestão para melhorá-lo? Vamos conversar sobre estas e outras questões juntos? Você também é responsável pelas mudanças dos serviços de saúde. Elas não acontecem sem a sua participação! Sua presença é muito importante! Onde? CRAS Beijamim Alves de Carvalho. Quando? 26/05/2015 14:00h.*

A reunião de “ensaio” para a Pré-conferência, como chamou a assistente social, e a pré-conferência foram realizadas no Cras (Centro de Referência em Assistência Social). Estavam presentes: o grupo de idosos; membros da Associação dos Moradores; da Igreja Católica; alguns estagiários de Serviço Social e de Fonoaudiologia; além de agentes comunitários de Saúde e funcionários da UBS. Esta reunião-ensaio foi realizada no mesmo formato proposto para a Pré-conferência. Geralmente, é realizada pela UBS sem os participantes do Conselho Municipal. A AS e o professor responsável pelos estagiários de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe iniciaram os debates falando sobre a construção do SUS, do movimento sanitário e a importância das conferências, do controle

social que mantém o SUS público. A agente de saúde e a presidente do Conselho local também falaram, instigando e explicando a função do Conselho e as possíveis mudanças devido ao processo de participação. Lembraram que este momento é de diálogo e que os moradores precisariam saber mais sobre o Conselho local. A reunião-ensaio, como foi chamada, tem o objetivo de “treinamento” para a Pré-conferência e para mobilizar o maior número de participantes possível.

#### *Pré-Conferência do Bairro Coroa do Meio*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

As Pré-conferências locais foram organizadas com o mesmo formato, cada grupo discute um dos eixos temáticos e depois um representante fala e explica as propostas escolhidas. Nesta “reunião-ensaio”, permaneci no grupo III, *Valorização do trabalho e da Educação em Saúde*. A AS passava em todos os grupos para ajudar. Ela explicava sobre o que estavam fazendo e sobre a importância desta discussão. Neste grupo, ela falou sobre o combate à terceirização: “*querem aprovar*

*a lei da terceirização...sem vínculos, sem plano de carreira... precisamos é de um plano de carreira, de valorização e ampliação das equipes”.* Explicou para todos que a terceirização promove a desvalorização e as condições precárias de trabalho. Neste setor, os trabalhadores possuem menos garantias e são trabalhos de caráter temporário.

Ricardo Antunes, em entrevista para a revista Fórum (2015), explica e lamenta que a terceirização está sendo aprovada para qualquer tipo e nível de trabalhos e contratações. Em seus livros como, por exemplo, *Os sentidos do trabalho* (2000), *Adeus ao Trabalho?* (2002) e *O Continente do Labor* (2017), Antunes contribui fortemente para o desenvolvimento da Sociologia do trabalho no Brasil, fazendo análises que alertam e ressaltam para os problemas advindos da precarização e exploração do trabalho.

Vejo como algo que para a classe trabalhadora tem o significado, guardadas as diferenças do tempo histórico, ao retorno da “escravidão”. A terceirização completa, total, que é o sentido essencial deste projeto é uma tragédia pra classe trabalhadora brasileira, ao invés de regulamentar 12 milhões de trabalhadores como os defensores do projeto estão falando, eles vão criar as condições para precarizar e desregulamentar as condições de trabalho de mais de 40 milhões de trabalhadores, ao contrário do que os defensores deste projeto de lei afirmam, é a lei da selva no mercado de trabalho. Você vai criar uma situação de aparente regulamentação, mas será de fato uma clara desregulamentação das condições de trabalho de todos os trabalhadores e trabalhadoras. No fundo significa rasgar a CLT no aspecto que ela tem de mais positivo, qual seja, no aspecto em que ela cria um patamar básico de direito do trabalho, que vai ser eliminado. Porque se você permite a terceirização de tudo, basta ver o que todas as pesquisas sérias, e não as patronais, mostram, os trabalhadores e trabalhadoras terceirizados recebem menos, em média, quase 30% a menos; trabalham, em média, quase 30% mais, acidentam-se mais. (ANTUNES, 2015)<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Entrevista com o professor Ricardo Antunes (UNICAMP) na revista Fórum no dia 13 de Abril de 2015. Disponível em <https://www.revistaforum.com.br/rodrigovianna/geral/ricardo-antunes/>

O Projeto de Lei PL 4330/2004 “dispõe sobre “contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes”<sup>25</sup>. Este projeto de lei vem sendo colocado em votação na Câmara dos Deputados desde 2004 e sendo rejeitado até então. Em 2015 esse projeto teve avanços, tendo a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados realizado a remessa ao Senado Federal. O projeto de lei foi aprovado, se tornando a atual lei 13.429/2017. A lei foi aprovada na sua versão mais drástica no que tange à perda dos direitos trabalhistas. Basicamente, a lei permite que empresas possam contratar seus funcionários terceirizados não somente para atividades meio (como os serviços de limpeza, vigilância e manutenção), mas as atividades fins (como as atividades essenciais e específicas). Como por exemplo, uma Universidade poderá contratar professores de forma terceirizada. Durante as conferências, a luta contra a aprovação da terceirização foi unânime em todo o Brasil, mesmo assim, as forças contrárias que permeiam os poderes governamentais a aprovaram. Com isso, as garantias de trabalho, de planos de carreira e serviço público serão ameaçadas constantemente.

Richard Sennett, em seu livro *A corrosão do Caráter* (2010), descreve que essa condição deixa o trabalhador à deriva, sem estar ancorado em garantias e certezas. O mundo do trabalho atual é caracterizado por esta fluidez. Os novos principais trabalhos valorizados atualmente, como, por exemplo, nos ramos de publicidade, comunicação e sistemas de informação, deixam os trabalhadores à *Deriva*, ou seja, sem uma âncora, sem fixas condições de trabalho. O tempo encurtou e as exigências de qualificação e especialização aumentaram. A competitividade subiu e se tornou mais perversa.

Sennet define o momento do capitalismo como o momento da flexibilidade, de um capitalismo flexível. Hoje se usa a flexibilidade como outra maneira de levantar a maldição da opressão do capitalismo. As condições da nova economia provocam a experiência com a deriva no tempo, onde o capitalismo de curto prazo corrói o caráter. “As qualidades do bom trabalho não são as mesmas do bom

---

<sup>25</sup> Site oficial da Câmara dos Deputados  
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=267841>.

caráter” (SENNETT, 2010 p.21). Esta afirmação resume as preocupações do autor, em sua escrita instigante, em relação à convivência humana e às consequências dos novos controles, pois o sistema de poder é muitas vezes ilegível, difícil de ser entendido e é isso que lhe dá forças.

A indústria da produção flexível necessita da liberdade de mercado e da diminuição do controle do Estado sobre as condições do uso da força de trabalho. O contexto de trabalho na era da globalização coloca o trabalhador numa situação “à deriva”, como afirmou Richard Sennet. Ou seja, à beira de transformações contínuas, exigências de aperfeiçoamentos e qualificação; atividades instantâneas; diminuição do tempo para a realização do trabalho e dos vínculos empregatícios. Neste contexto, a terceirização ganha força, pois recria e instiga essas novas e precárias relações de trabalho e diminui as responsabilidades estatais em garantir os direitos trabalhistas. A manifestação contra a aprovação da lei da terceirização foi muito reforçada durante as conferências de saúde. Este foi um dos grandes pontos discutidos nas conferências e alertado por diferentes segmentos de que seria um retrocesso nos direitos de cidadania e nos direitos dos trabalhadores. Além disso, muitos outros problemas vão crescendo paralelamente, atingindo o universo da saúde.

A AS levantou outros problemas como a falta de profissionais em lugares mais distantes e que o Programa Mais Médicos do Governo Federal surgiu como um incentivo aos médicos para trabalharem em lugares mais distantes e precários. *“O crescimento profissional está na cidade e por isso não vão para o interior; está faltando a formação de médico da família, médico generalista, a saúde está cada vez mais ‘compartimentalizada’ ... o médico é importante, mas nenhum trabalhador da saúde consegue trabalhar sozinho”* (AS). Sua fala continua cada vez mais apaixonante e com um ideal que há tempo não via em nenhum outro trabalhador da saúde. Parecia que este momento era a sua chance de fazer mais pessoas acreditarem como ela, e não desistirem.

*As pessoas imaginam que nada funciona, há uma propaganda negativa do SUS na mídia, há interesses... nós, população que usamos o SUS temos que estar de olhos abertos... Trabalho no SUS e acredito no SUS e queria ver ele melhorar cada vez mais”. As pessoas*

*precisam saber disso, desses espaços, de se empoderar, fazer a sua parte, se cuidar... A UBS é a porta de entrada e por isso deve ser humanizada, o SUS é para todos e o usuário tem que fazer a parte dele. (Lízia, Assistente Social AS).*

Uma senhora que estava presente comentou das dificuldades de exames e disse: *“se não fosse essa alma aí, eu já estava cega e de cadeiras de rodas...”*. Falando do trabalho da assistente social, que “não cansou” até conseguir encaminhar os exames para ela. E a AS comentou: *“A situação ainda é um gargalo... olhar o que pode melhorar e não o que está ruim... precisamos melhorar esse SUS, eu fico arrepiada quando alguém diz que não vai votar mais, é necessário o exercício de participação! Água mole em pedra dura tanto bate até que fura!”* (AS). Este sentido dado à participação contribui para a engrenagem funcionar, para manter o SUS ainda nos âmbitos daquele idealizado e criado com a Reforma Sanitária.

Outra senhora presente disse que realizou quatro cirurgias pelo SUS e que não tem do que reclamar: *“sempre fui bem atendida”*. A assistente social lembrou que as pessoas também têm que procurar e fazer a sua parte, não esperar somente pelo SUS: *“...aparece gestante pra fazer pré-natal no último mês!”* (AS). Segundo a AS, há uns dez anos, mudou o atendimento local, ficou mais territorializado, e as UBS ficaram responsáveis por áreas e, assim, pelas famílias moradoras dessas áreas. Isso permitiu uma aproximação maior com os usuários e com os problemas de saúde locais.

A UBS deste bairro, Coroa do Meio, possui 5 equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) para atender a uma demanda de aproximadamente 15 mil habitantes. Sempre que alguém comentava, a AS trazia dados da realidade local e dos atendimentos na UBS. Enfatizou que os profissionais também estão trabalhando para compor o SUS e não contra os usuários, pois, muitas vezes, por causa dos inúmeros desentendimentos, fica parecendo que funcionários e usuários estão uns contra os outros.

A discussão foi ficando mais aberta e as pessoas começaram a falar mais. Este foi um grupo de discussão onde não haviam pessoas que exerciam certa



coerção e poder, como, às vezes, a presença de um gestor mediador, ou um médico. Estes, mesmo sem querer, acabam por distanciar e fazer com que, automaticamente as pessoas se cale. Mesmo sem essa intenção, a presença desses profissionais e gestores trazem esta potência de provocar a inércia na maioria das situações. Mesmo com esta hierarquização e dominação entre profissões e funções governamentais, muitos que trabalham cotidianamente, que vivem as dificuldades do funcionamento do SUS, acreditam intensamente nas possibilidades de mudança que o processo de participação pode provocar.

*Eu acho que a participação popular é muito pequena, ainda é muito incipiente. É o reflexo da sociedade brasileira, se você for fazer um paralelo, as pessoas participam muito pouco, em todas as instancias. Se você for compara a um condomínio, as pessoas não participam das reuniões do condomínio; não participam dos conselhos de classe; não participam das associações; não participam... são sempre pouca gente em todas as instancias da participação, sempre tem poucos. E na participação dos conselhos de saúde também é do mesmo jeito. Então, não é uma coisa diferente do modelo que temos no Brasil do processo de participação da população. A gente vê o próprio processo de eleição. É um processo democrático, mas ainda é obrigatório, as pessoas não veem a participação do voto como um direito e sim como um dever ...como se estivessem fazendo um favor e não um direito de ir votar, e isso independe do grau de instrução, porque eu vejo pessoas que tem nível superior falando 'ah eu não vou votar', chega lá e anula o voto, ou vota em branco, que não querem votar, que acham que a classe política está desacreditada... e até estamos vivendo um modo de regressão... que tem gente querendo que volte a ditadura! (risos) é um absurdo! mas eu vejo pessoas esclarecidas falando isso... (Lizia, AS.).*

A participação é um processo no qual podemos visualizar por diferentes ângulos e de diferentes lugares. Acreditar na potencialidade da participação é uma forma de lhe dar sentido e a de engendrar forças coletivas. Lizia descreve o processo de participação como “ainda muito incipiente” e que a democracia deveria ser recriada e mais usufruída. Estamos, portanto, diante de potencialidades, de processos que não se estocam com facilidades e que uma conquista pode ser retirada

facilmente do que foi arduamente articulado por forças e movimentos coletivos, como, no caso, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que vêm sendo alvo de mudanças especialmente depois da lei da terceirização da qual falamos anteriormente.

No processo de participação, o voto é fator decisivo e importante ao mesmo tempo em que se caracteriza como um protocolo, algo a ser seguido. O uso dos crachás como instrumento de votação faz com que os participantes se sintam como parte do processo, como pertencentes a um meio e contribuindo para a sua transformação.

### *Os Crachás*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

No dia da pre-conferência, estavam quase todos os funcionários da Unidade e um número de participantes bem maior do que na reunião anterior. A fila de credenciamento estava longa. Nesta eu participei como usuária, pois sou moradora

desta região. Então, ganhei um crachá. Isso significava que eu poderia votar nas propostas de cada eixo e nos candidatos a conselheiros. Estavam presentes alguns comerciantes; os “representantes da Igreja Católica”, como eles mesmos se apresentavam; alguns alunos-residentes; enfermeiros; agentes de saúde; funcionários administrativos e os moradores.

Ao me cadastrar, preenchi uma folha com meus dados pessoais. Quem me atendeu foi uma aluna-residente. Perguntei se ela conhecia como funcionava o evento, e se havia participado de outras edições. Ela respondeu: “*não sei...mandaram vir pra cá, eu vim...*”. Todos os funcionários da UBS foram convocados, assim como foi em outras localidades. O ambiente estava quente, abafado com o calor do inverno nordestino e com um som de murmúrios infinitos. Feições de agonia, de atenção, de risos e de cochichos. Parecia que todos se conheciam, pois não havia uma multidão sentada à espera. Pelo contrário, as pessoas circulavam com muita destreza e agitação. Algumas pessoas, as mais cansadas, ficaram sentadas, mesmo assim, sempre conversando com alguém. Andei e circulei como todos faziam, escutava e participava de algumas conversas, com a assistente social, e com algumas pessoas que participaram da reunião anterior.

Durante as Conferências, foi possível perceber a importância de ter articulação e negociação para conseguir espaço e voz. É um nível de negociação, de confiança e desconfiança muito elevado. A sensação de estar perdida é indescritível, e mesmo tentando “puxar conversa”, as pessoas não pareciam estar dispostas em gastar seu tempo com uma pesquisadora/participante que eles não conheciam e que não conhecia ninguém “de nome” que pudesse ser identificado.

Nesta Pré-conferência, os grupos de cada eixo temático (citado anteriormente) estavam mais numerosos, cada um ficou em um canto do pátio, alguns foram para as salas. Umas 15 pessoas, aproximadamente, estavam participando do eixo II - *Valorização do Trabalhador e da Educação em Saúde*. As mesmas pessoas que ficaram neste eixo durante a reunião-ensaio permaneceram no mesmo, além dos trabalhadores que se somaram neste dia. Os grupos no geral tinham esta mesma quantidade de participantes, tentava-se ter todos os segmentos, usuários e trabalhadores, no mesmo eixo. Um dos participantes liderou as questões e relembrou as propostas anotadas em sua agenda, que haviam sido discutidas na reunião anterior.

Como este eixo era sobre a valorização do trabalhador e da educação em Saúde, haviam mais trabalhadores do que nos outros grupos. As discussões acabaram por ser pautadas pela tensão entre usuário e trabalhador, um lado colocando a culpa no outro. A relação do usuário com o servidor tomou grande parte das discussões. Falaram sobre o “empurra-empurra” na UBS pela manhã. A enfermeira comentou: *“abrimos as sete e chegam as quatro para ficar na fila ... isso não precisa”*. Comentaram que então deveria ter uma pessoa cedo para dar as senhas e evitar o tumulto. Ela enfatizou, *“atendemos 12 pela manhã e à tarde, não precisa madrugar...”*.

Este problema não está somente nesta UBS e nem sequer somente em Aracaju. Lembro-me de quando morava no interior de Santa Catarina, nós precisávamos madrugar para conseguir pegar uma “ficha” para ir ao dentista. Algumas pessoas até vivem disso, ficam na fila, pegam as “fichas” e vendem depois. Isso é um fato intrigante. Se você for às sete horas, como sugeriu a enfermeira, você nunca conseguirá ser atendido. Por que isso ocorre? A enfermeira chamou isso de “cultura”, de um mal costume colocado pelos próprios usuários. A escassez e limitações do SUS são repercutidas, pois todos sabem que, se chegarem mais tarde na UBS, não conseguirão senhas, e ainda os funcionários irão perguntar por que não chegou mais cedo. Este é um grande problema que reflete muitos outros advindos de gestões não comprometidas em ouvir e atender às demandas da população. Essa prática é um sinal de que os serviços não atendem à demanda.

Na discussão deste eixo, começamos então a rever as propostas:

- A primeira seria sobre a criação de mais unidades e mais trabalhadores, seguindo a qualificação, conscientização e reciclagem dos servidores para *“lidar com os usuários mal-educados”*, como mencionou um servidor administrativo. Com isso, se propôs fazer uma campanha de valorização da relação usuário e trabalhador com propaganda, cartazes e palestras. Nisso, chegou-se à questão da terceirização que vem sendo discutido nas conferências. Apontaram os problemas que uma empresa privada provocaria, como o de não criar vínculos, e um participante comentou: *“...contratam o trabalhador e ficamos sem saber se tem qualificação ou não”*.

Ainda nesta discussão, falaram sobre ter um pronto-socorro na região. Uma participante deu seu exemplo. *“Machuquei o pé e tive que ir para outra Unidade*

*para fazer uma sutura porque não faziam ali... ”. E a enfermeira explicou que, “... A UBS é para prevenção e promoção da saúde... para atendimentos de baixa complexidade... ”. E alertou que possuem condições precárias de trabalho, sem materiais, mesa, ventilador e cadeiras. É interessante que, nessas discussões, as pessoas colocam o motivo dos problemas do sistema de saúde como sendo culpa de um e outro (ora do usuário, ora dos trabalhadores). Essas desavenças fazem os problemas crescerem, pois, trabalhar em condições precárias e ainda ter que lidar com desentendimentos entre trabalhadores e usuários tornam ainda mais difíceis a visibilidade de um dano maior.*

- A segunda proposta foi sobre a criação de mais faculdades, mais cursos de medicina. Neste ponto, outro enfermeiro questionou: *“profissões de saúde, e não somente medicina...”*. A questão seria a de ter mais profissionais para atender à demanda e mais concursos públicos com o regime vigente, que é estatutário. Nisso, retornou novamente a discussão sobre os prós e contras da terceirização. Um senhor comerciante local, que participava como usuário, comentou que o regime estatutário *“estagna o município... o regime estatutário coloca esse profissional em um estado de acomodação... tanto o bom como o ruim deve circular”*. A conversa chegou no “problema de gestão dos servidores”, a falta de “indicadores de qualidade e acompanhamentos e avaliações dos gestores”.

Relembaram que o usuário precisa aderir ao SUS e sua adesão seria em se cuidar e prezar pelo sistema de saúde. *“Devemos combater a terceirização, e melhorar o plano de cargos e carreiras”*, comentou um dos profissionais de saúde presentes. Quando participamos de um grupo de discussão desta natureza, as conversas são atravessadas e todos querem falar ao mesmo tempo, colocar suas inquietações. Por isso, esta descrição vem e vai em diferentes pontos. Essa é a tentativa de trazer um pouco desses momentos e tentar recriá-los na escrita para fundamentar uma análise subsequente.

- A terceira proposta foi a de realizar eventos na UBS para mostrar as boas práticas, os bons resultados e promover a UBS. *“A comunidade é muito grande, deveria ter um posto de emergência”*, falou um dos participantes. Também comentaram do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que *“só têm dois anos em Aracaju e precisa crescer mais”*. As discussões continuavam enquanto o representante escolhido para falar (geralmente tem interesse aquele que vai se

candidatar a conselheiro) escrevia as propostas em um papel pardo com letras maiores para ser visualizado por todos no momento em que cada grupo explicaria suas propostas a serem votadas pelo pleno e, como dizia o conselheiro municipal na Pré-conferência do povoado de Areia Branca, “*o pleno é soberano!*”. Mesmo finalizando as propostas, o grupo continuou a comentar que é preciso mais educação na saúde: “*falham muito na prevenção, há um absenteísmo. Tenho um grupo de 30 gestantes, foram 4... e olha que ofereço lanche, prêmios e mais um monte de coisa...*”, falou a enfermeira.

### *As Propostas*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

Os participantes estavam engajados em explicar suas propostas. Foi um momento inspirador, um momento em que foi possível perceber a manifestação, a presença efetiva de pessoas consideradas minorias desfavorecidas como negros e mulheres, dentro de um aparato institucional, fazendo valer suas vozes e



reivindicações. O número de pessoas participantes é suficiente para que as propostas pudessem valer, o que não contamos é que, para efetivar as propostas, não depende somente da informação e do interesse da população, mas, sim, de quem decide por ela.

Os grupos foram chamados para compor a Pré-conferência novamente. A mesa organizava para que cada grupo comentasse suas propostas. Após cada grupo, as propostas são colocadas em votação. Todas foram aprovadas. Depois, foi a eleição dos conselheiros. Registrei esses momentos com fotos e alguns vídeos. Havia muitos candidatos. Todos se articulando para receberem os votos. E, ao meu redor, escutei os comentários: “*vamos votar no ‘fulano’, ele é bom, ele faz bastante coisa...*”. Os menos conhecidos não foram eleitos, exceto o estudante de medicina. Todas as pessoas ficam felizes quando veem um médico ou um estudante de medicina presente e se comprometendo em fazer algo pelo bairro. Existem muitos médicos com este perfil, mas como mesmo a assistente social nos lembrou no dia da reunião, a formação de medicina não está suficientemente voltada para a formação generalista e básica, de prevenção e aproximação com a comunidade.

São nestas instâncias participativas que muitos se iniciam em carreiras políticas. Pessoas engajadas e que discursam de forma cativante, entendendo o que quer ser ouvido. Na democracia, tem-se uma ideia de liberdade e possibilidade que paira no ar de que “qualquer um pode ser, qualquer um pode participar”. Na verdade, isso não é para “qualquer um” e nem o “qualquer um” pode participar, pelo menos foi esta a impressão que ficou. O “qualquer um” precisa se exercitar muito para conseguir atingir algum índice de credibilidade e saber se articular nos momentos certos e com as pessoas certas. É a partir destes percursos que os processos de afunilamento e polarização dos interesses acontecem.

*Então, o que que acontece na conferência: levam um monte de gente, as vezes vai lá, ganha 10 reais ou um lanche, as vezes vai por um lanche, depende da necessidade, e vai pra lá e não sabe nada...as pessoas estão votando a favor de coisas que vão contra o próprio usuário nas conferências. Então as pessoas são usadas, por conta dessa ignorância, por essa falta de ver o processo de participação que eu acho que deveria ser dado na escola. Quando o governo tiver interesse que a*

*população seja esclarecida, vai dar na escola... por enquanto não tem...A ignorância e a falta de informação é o que garante os governos ditatoriais, populistas e por aí vai... (Lizia, A. S.).*

A presença de pessoas como Lizia na organização da Conferência demarca diferenças no uso deste processo. É uma maneira de criar possibilidades de informação, de garantir que mais pessoas participem abrindo espaços para o exercício da cidadania. Para Lizia, “as pessoas são usadas por conta dessa ignorância”, há um esforço governamental a fim de que tal ignorância permaneça ativa para a manutenção do poder. Este é um grande problema do processo de participação, ele já começa de forma desigual. A intencionalidade de quem pode decidir não está diretamente ligada aos interesses de quem precisa dos serviços de saúde.

Com isso, estocam-se artimanhas governamentais e não governamentais que engrenam o processo. É um momento oportuno para ambos os lados. Podem acontecer momentos de visibilidade dessa diferença e da desigualdade antidemocrática, mas, muito dificilmente, há ruptura significativa dentro desses espaços. Este não é um espaço criado para rupturas, para transformação de um status privilegiado da gestão e, sim, um espaço de manter as regras, mostrar que escuta as demandas e afirmar que está fazendo a parte de concretizá-las. Quando, na realidade, as intencionalidades são outras, a de manter os funcionamentos como são e a de evitar grandes transformações.

#### **4.5 “Briga de Cachorros Grandes”: X Conferência Municipal de Saúde de Aracaju (CMS)**

As demais Conferências seguem o mesmo formato de descrição do evento. A conferência municipal foi marcada por uma briga interna de oposições de decisões em relação ao processo de eleição a ser realizada ou não, no mesmo dia da Conferência. Logo no início da Conferência, houve impedimentos. Algumas pessoas representantes se reuniram na mesa, formando um círculo



amontoadado em volta da presidenta para discutir e decidir. Todos os demais participantes na plateia (a abertura do evento foi em um auditório) ficaram sem saber exatamente o que estava acontecendo. Uma das participantes, que estava sentada ao meu lado, comentou: *“essa é uma briga de cachorros grandes...”*, como resposta à minha indagação sobre o que estaria acontecendo. Ela, participante de outras Conferências, sabia da condição secundária que os demais presentes estavam colocados, ficando a plateia conversando e esperando enquanto a mesa resolvia os históricos e corriqueiros empecilhos entre os que gerenciam o processo de participação.

O tema da X Conferência Municipal de Saúde foi sobre *“O Papel da Saúde Pública na Sociedade: Cuidando com Qualidade”*. Vale lembrar que a etapa anterior, as Pré-Conferências locais, teve o objetivo de discutir o Sistema Municipal de Saúde; de renovar os Conselhos Locais de Saúde; e eleger 102 delegados representantes de usuários para a X Conferência Municipal. Após todas as Pré-conferências realizadas nas UBS, chegou a vez da Conferência Municipal. Na sequência, seguirá com as etapas Estadual e a Nacional, sempre elegendo os delegados na conferência anterior para participar da próxima.

Esta Conferência foi realizada na sede da Universidade Tiradentes (UNIT), no polo que fica no centro da cidade de Aracaju. Os andares de cima eram salas de aula, e embaixo, haviam algumas salas, um pátio ao centro, com cantina e banheiros. A primeira sala embaixo era a sala para o credenciamento. Ficamos em uma fila que foi se estendendo aos poucos. Eu, sem conhecer quase ninguém, seguia conversando com os que estavam mais à frente e atrás nesta fila. Risadas de um lado e reclamações de outro era o que mais se ouvia. Muitos não queriam estar ali, achando *“perda de tempo...”*, como se escutava de vez em quando.

Conversei como uma conselheira tutelar que estava pleiteando para continuar no cargo. Uma jovem moça que estava participando para conseguir apoio em sua candidatura. Ela disse: *“meu trabalho precisa continuar”*. A fila foi andando e mais pessoas de diferentes localidades vinham chegando. Conversei com uma assistente social que estava participando, ela disse: *“...são poucas AS que participam... tem muita demanda no posto, as vezes não tem como participar de mais essa atividade...”*.

As conversas eram assim, poucas palavras com um e outro. Fui ficando na fila, ninguém perguntou de onde eu era, se representava alguma instituição. Apenas senti que olhavam como quem sabiam que era de nenhum lugar conhecido. Neste meio, as pessoas acabam por se conhecerem mais, especialmente os trabalhadores. Sempre que há uma conferência, a tendência é ser sempre as mesmas pessoas a participarem, são as que conseguem manter um engajamento político mais duradouro.

Quando chegou mais perto da porta para entrar na sala, falei que estava fazendo pesquisa sobre os Conselhos e Conferências e que queria participar. Uma vez que sempre dizem que é aberto para quem quiser participar, democrático e que todos têm direito, então, fui à Conferência, estrategicamente, sem articular nenhuma permissão. Dirigi-me para a sessão de usuários. Então, entreguei minha identidade e foram conferir meu nome, que não estava registrado. Expliquei que estava como ouvinte, e fazendo a pesquisa. E me perguntaram: *“você não foi convidada?”*. E eu: *“Convidada? Pensei que qualquer um poderia participar...”*. E me disseram: *“sim, como ouvinte”*. *Como ouvinte não precisa credenciamento, você não tem direito ao material e nem ao lanche, vai naquela outra sessão pra assinar seu nome...”*.

Assinei meu nome e segui ao pátio onde circulei, conversei e encontrei um lugar na escada para sentar. Ao lado, havia uma mulher de meia-idade, branca, vestida elegantemente, de cabelos bem alisados e batons avermelhados. Ela parecia impaciente e checava com frequência as horas em seu relógio estiloso. Cumprimentamo-nos, sentei ao seu lado, depois, perguntei de onde era, se já havia participado de outras Conferências anteriores. Ela me olhou com um olhar descrente e falou: *“isso é tudo politicagem... estou aqui porque me delegaram essa função... perda de tempo...”*. Ela é dentista em uma UBS, falou das dificuldades de trabalho, como o simples fato de faltarem luvas para trabalhar. Para ela, esta maneira de resolver os problemas não funciona. *“O que funcionaria de fato, seria a vontade política de resolver a aplicar o dinheiro naquilo que ele é destinado...”*, acrescentou. Considerando a hipótese desta elegante senhora dentista, realmente não precisaríamos ter o “controle social”, este processo de participação, se os governantes trabalhassem em prol da qualidade de vida das pessoas. Sabemos certamente que isso é uma idealização (não impossível) de usar o serviço público.

No entanto, os jogos de poder, de interesses e enriquecimentos dentro de uma gestão são grandes empecilhos e muito perigosos de serem confrontados.

Percebemos que quem está mais envolvido com o serviço do SUS, e que acredita na igualdade de atendimento, quem é proveniente de classes sociais mais baixas, tendem a usar o processo de participação como uma potente possibilidade de mudança e de melhorias no atendimento. Para os que vêm de classes mais favorecidas, o processo de participação parece ter menos sentido, pois a luta por direitos não se faz necessária, visto que sua categoria social não é carente de recursos.

Entre as conversas sobre o lugar de onde viemos e sobre morar em Aracaju, ela comentou que tem muito apreço, que saiu de Brasília há muitos anos e tem Aracaju como sua terra natal: “...*esse lugar ainda tem muito o que se desenvolver, crescer, melhorar...*”. Ficamos olhando as pessoas no pátio conversando e circulando, parecia que estávamos olhando o tumulto das bolsas de valores, menos intenso, certamente, porém, com a mesma característica onde as pessoas ficam falando e negociando exaustivamente.

Levantei e fui circular mais um pouco. Várias pessoas estavam aproveitando o lanche gratuito para quem estava credenciado. Muitas são de cidades mais interioranas, que foram escolhidas como delegados em seus Conselhos locais. Enquanto lavava minhas mãos, chegaram duas mulheres, com suas bolsas recém-adquiridas no credenciamento. Agoniadas conversando atropeladamente uma com a outra, guardam o material recebido em suas bolsas e uma delas se olha no espelho do banheiro ajeitando seus cabelos e diz: “*O SUS é bom, o problema não é o SUS, é quem gere o SUS... a lei, a constituição é boa, mas não funciona...*”. As pessoas parecem falar isso “da boca para fora”, como um desabafo. Escutamos constantemente esse tipo de comentário nos corredores de Unidades de Saúde, em conversas em feiras, em pontos de ônibus e muitos outros lugares. Esse comentário, comum em diferentes ocasiões, carrega indícios importantes sobre o cotidiano no sistema de saúde.

Continuando a peregrinação, encontrei com uma outra senhora, baixinha, de cabelos lisos e tons claros, de pele morena e que adora falar sobre sua vida. Ela disse que foi a primeira mulher a ser Conselheira Municipal. Ela também estava presente na Pré-conferência do povoado de Areia Branca. Percebeu que eu era “de

fora” e falou que teria muita coisa para me contar sobre sua trajetória. Orgulhosa de sua caminhada até o momento, parecia ser uma pessoa de muitas influências. Comentei então se poderia entrevistá-la e ela, prontamente, me passou seu telefone. Sem que eu a fizesse perguntas, foi contando sobre sua vida de participante. Ela disse que se arrependeu de ter saído, se aposentado pelo “incentivo”, porque, agora, *“...agora não posso fazer as coisas que fazia antes, não tenho tanta força e perdi muitos contatos...”*, disse. As conversas sempre eram interrompidas por outras pessoas que chegavam e saíam de um lugar para o outro, revendo os conhecidos e sondando novos contatos. Infelizmente, não consegui mais uns minutos do tempo de dona Fátima durante a Conferência.

Nesta Conferência, eu estava sem material algum, não tinha nenhuma folha com a programação, ou informações. Na porta de onde se faziam os credenciamentos, havia uma folha com a programação. Foi somente o que encontrei. Talvez, os que não são convidados não são muito bem-vindos. Tentei encontrar algum material para acompanhar a programação e ler as informações disponibilizadas para os credenciados, mas não foi possível.

A Conferência começou com a apresentação artística seguida da leitura do regimento. Após o término da composição inicial da mesa, uma representante do Conselho de Enfermagem pediu a palavra. E falou de algumas irregularidades, que não poderia haver eleição de conselheiros e delegados no dia da Conferência. Segundo um outro regimento aprovado mencionado por ela, essa eleição só seria realizada após um mês da realização da conferência municipal.

A Conselheira que presidia a Conferência não concordou, e ficaram falando de regimentos que se contradiziam. Então, foram consultados os outros representantes organizadores presentes e, também, membros do Conselho Estadual e Nacional. Ficaram em pé, numa roda ao lado da mesa, discutindo. Ninguém escutava nada, apenas assistíamos.

*“Briga de cachorros grandes”*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

O clima estava tenso e difícil de conversar com conselheiros. As conversas dispersas foram mais importantes e mais proveitosas nesse momento. Como já mencionado, foi possível marcar entrevistas com alguns conselheiros após os momentos de tensão das Conferências. Foi interessante ouvir as explicações sobre o que havia acontecido.

*“Naquele dia quase me batem. Quase me bateram, (risos). Não sei se você lembra de mim lá, mas eu tava lá. O que acontece: a presidente do Conselho Municipal de Saúde deu uma mensagem errada, uma mentirosa na verdade, em relação ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). E eu era representante do CNS na conferência municipal de Aracaju. E eu falei assim: o Roseane, não tem problema nenhum você não me chamar pra ta aí, é uma opção do conselho local e eu respeito, mas mentir em relação ao CNS eu não vou deixar. Ou você deixa eu*

*falar ou eu vou falar do mesmo jeito. E tinha uns moço dela lá querendo me bater, mas os trabalhadores não deixaram me bater, fizeram um corredor na minha frente, não me deixaram tirar do palco e não me deixarem me bater”. (Dalmare, Conselheiro Nacional de Saúde)*

*Aquilo foi briga de gestor com o controle social. A discussão foi que quem diz se tem ou não eleição, composição e mandato é o pleno e a gestão quer mandar numa coisa que não é dela... Isso é falta de conhecimento dos gestores. (Eduardo, Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde).*

*Naquela conferência municipal que você participou, foram escolhidos os delegados pra conferência Estadual, são esses que vão. Nós temos conselheiros daqui que foram escolhidos pra conferência estadual. Na terceira região, que é a nossa região, parece que dois foram escolhidos. A gente tinha se articulado antes pra isso, pra que se dividisse, cada região mandasse dois conselheiros. Eles não queriam isso, o pessoal do conselho municipal, parece que eles não queriam muito isso, eu não sei, mas sei que teve muita confusão, mas conseguiu-se... tem representante que vai pra Estadual que é da nossa região... (Lizia, A.S.)*

*“É umas figurinhas carimbadas, mas a gente quer uma renovação desses conselhos...”. (Augusto, presidente (pós-conferência) do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju, em entrevista)*

A descrição de uma das participantes na plateia, que estava sentada ao meu lado, sobre a “briga de cachorros grandes”, é de fato válida. Nas entrevistas após as Conferências, questioneei sobre este acontecimento que não foi esclarecido. Muitos dos acontecimentos ficam sem explicações e muitas pessoas ficam sem entender o porquê das intrigas. A briga é “entre eles”, outra pessoa comentou. Nisso, nos perguntamos até que ponto as pessoas se sentem parte do processo, pois o poder

está nas mãos desses “eles”. E “entre eles” e não com todos, ou seja, não há nada o que se possa fazer ou intervir e a maioria das pessoas com as quais conversei se sentia na condição de meros ouvintes. Especialmente, nesses eventos de grandes proporções como as Conferências de Saúde, os interlocutores precisam ser pessoas articuladas, conhecidas e que tenham poderes de decisão. Esse formato de participação requer um exercício contínuo de “se fazer no Estado”, como discutido anteriormente (AGUIAO, 2014). Nesse sentido, o processo de participação vai criando formato de afunilamento, um peneiramento iniciado desde as Conferências locais, onde vai separando os “eles”, dos “nós”, que continuam para ir “representar” as propostas locais.

A Conferência seguiu seu percurso e, pelo cronograma, teriam algumas palestras e os grupos para discussão dos eixos temáticos, discutidos também na Pré-conferência. Caberia a cada delegado defender os interesses e as propostas de suas respectivas UBS e pensar na melhoria da saúde do município amplamente. A Conferência aconteceu nos dias 9 e 10 de julho. Nesta manhã do primeiro dia, houve os credenciamentos e a abertura com aprovação do regimento. À tarde, foi a mesa solene de abertura e pessoas homenageadas. Após o lanche, seguiu-se com três palestras: “Direito a Saúde, garantia de acesso, atenção de qualidade e participação social”, com Dr. Neuzir Soares; “Financiamento do SUS e relações público-privado”, com Dr. Rogério Carvalho; e “Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde”, com Dra. Ana Angélica Rocha. Assuntos estes que faziam parte dos eixos temáticos de discussão. No segundo dia pela manhã, foram os grupos de trabalho para discutir os eixos temáticos da Conferência Municipal, os quais seguem a mesma lógica dos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas separados de forma diferente:

Eixo 1: Direito à saúde, garantia de acesso, atenção de qualidade e participação social;

Eixo 2: Valorização do trabalho e da educação em saúde;

Eixo 3: Educação em saúde, informação, educação e política de comunicação do SUS;

Eixo 4: Financiamento do SUS e a relação público privado;

Eixo 5: Gestão do SUS, modelos de atenção à saúde, reformas democráticas e populares do Estado;

Eixo 6: Ciência, tecnologia e inovação no SUS.

Após o lanche e o almoço, retomaram as atividades com apresentação cultural, seguindo da plenária final com a apresentação das propostas debatidas dentro dos eixos temáticos. Após o lanche e apresentação cultural, seguiu-se com a eleição dos delegados para a conferência Estadual. Depois, o encerramento, homologação, e apresentação cultural para finalizar. Ainda sobre o que aconteceu nesta conferência, em entrevista com Dalmare, um importante protagonista da participação em Aracaju e no estado de Sergipe, descreve os motivos pelos quais existem as brigas internas e a falência deste processo em termos democráticos.

*É sempre uma briga...dependendo de como você conduzir... fez tentar ser democrática, mas eu não achei democrática do mesmo jeito. A questão das propostas, você pode questionar uma proposta, o que não foi permitido na conferência e nem queriam explicar de verdade o que as pessoas não estavam entendendo... o que foi pior pra mim, foi o final, a eleição de delegados. E eu não faço a meia crítica, não são só os usuários, os trabalhadores também. Eu entendo dois processos: eu sou sindicalista, eu sou presidente do sindicato da federação. O que aconteceu na eleição dos trabalhadores por exemplo, os trabalhadores falaram que estão cheios de vagas pra trabalhadores, os sindicatos dividiram, então não foi democrático. Aquele trabalhador que está lá na ponta, que acredita no SUS, que fez de tudo pra ser eleito pra conferência municipal de Aracaju, é desligado da Estadual. Em nenhum momento se ele não for ligado a nenhum sindicato ele não tem nem a chance de ir pra Conferência Nacional porque ele não é sindicalista. E não é isso, não é isso que a gente pensa sobre o controle social dentro do CNS. Tem essa questão de ser sindicalista quando você trata do conselho estadual de saúde, que é um lugar onde os sindicatos devem estar, porque? Porque eles representam os trabalhadores do Estado, eles representam os interesses dos trabalhadores do Estado. Agora, ser delegado da Conferência Nacional é um trabalhador que tenha representação perante os*



*trabalhadores, que tenha boas ideias, que consiga fazer um diálogo, que consiga fazer debate e que seja eleito entre os seus pares para isso. A gente não pode fechar assim, ó vai ser tantas vagas pra nível médio técnico que é pra ACS e outras para nível superior, ok, até aí eu aceitaria dividir. Agora do jeito que foi, não foi democrático. (Dalmare, Conselheiro Nacional de Saúde)*

Dalmare possui uma grande militância na ANPG (Associação Nacional dos Estudantes de Pós-Graduação). É farmacêutico, fez parte da residência multiprofissional e se candidatou a vereador na última eleição de Aracaju pelo PC do B (Partido Comunista do Brasil) em 2016. Ele é conselheiro nacional, o mais jovem a compor o Conselho. Sua energia é cativante, um jovem forte, de pele clara, cabelos escuros, militante LGBT. Para ele, é um constante desafio se fazer presente nestes meios e se recriar como referência no processo de participação e demais militâncias das quais fez parte. Assim como Dalmare, falaremos dos demais entrevistados no decorrer desta descrição.

#### **4.6 “Estamos do mesmo lado da Trincheira”: VI Conferência Estadual de Saúde de Sergipe (CONFESA)**

A Conferência Estadual foi um evento de maiores proporções, uma vez que reuniu os delegados de todos os municípios de Sergipe. Ela aconteceu no Clube do Banco do Banese, Banco do Estado de Sergipe, que fica em uma das ruas principais do Bairro Coroa do Meio, há alguns metros de distância da Unidade Básica de Saúde do bairro. O clube possui um amplo espaço, necessário para comportar os participantes que vão aumentando conforme o nível da conferência. Na entrada, vários micro-ônibus e minivans chegavam com os delegados que vieram representando os municípios do interior do estado.

Haviam alguns “stands” com alguns livros e *folders* com informações de algumas campanhas de saúde que estavam sendo realizadas, entre elas, a de combate à dengue, AIDS, Diabetes, Hipertensão, entre outros. Ao lado, e a primeira em frente à entrada, estava a banca com sementes, ervas e mudas de

plantas medicinais e um cartaz com as explicações de algumas “práticas alternativas de saúde”, como Reiki, fitoterapia, auriculoterapia com sementes, massagem terapêutica e roda de conversa. Estas foram as principais destacadas em um banner com a foto e descrição de cada uma dessas práticas.

Dona Udinha era uma das que estavam cuidando desta banca. Ela é uma referência nesta prática e tem parcerias com o campus da Universidade Federal de Sergipe na cidade de Lagarto. É uma senhora fina, magra, cabelos longos e brancos. Seu rosto transmite calma e serenidade. Sua pele morena, seus braços finos e marcados pela idade mostram sua genialidade, seu equilíbrio em passar adiante o que acredita, em transmitir bons fluidos, em um meio tumultuado e turbulento como o de uma conferência.

O credenciamento estava ocorrendo e várias pessoas foram se aglomerando para pegar o material. Aos poucos, o salão de eventos foi sendo preenchido. Reencontrei com uma amiga, tínhamos feito pesquisa juntas no grupo de pesquisa do Mestrado. Ela fazia parte da equipe multidisciplinar em saúde, também na cidade de Lagarto, e conhecia Dona Udinha. Outros estudantes da Universidade Federal de Sergipe também estavam presentes e pertenciam à mesma equipe que ela. Ficamos próximos durante a Conferência. Eles também estavam na condição de ouvintes. Os participantes da Conferência Estadual são os delegados que foram eleitos para representar suas localidades e segmentos.

Conseguimos um *folder* contendo a programação do evento com uma das pessoas responsáveis pelo credenciamento. Como parte da programação, tiveram apresentações artísticas, palestras, os grupos de discussões e a eleição dos delegados de cada regional para participar da Conferência Nacional representando o estado.

Nessa Conferência, alguns pontos chamaram mais a atenção e nos levaram a alguns caminhos teóricos para pensarmos sobre este momento ritualístico e burocrático que caracterizou o processo de participação aqui estudado. Antecipando o que estará descrito neste tópico, o primeiro ponto a destacar foi quando o representante da Secretaria de Saúde, em sua fala na mesa de abertura, elaborou um discurso a favor do SUS e das Conferências, dizendo: “*Nós estamos no mesmo lado da trincheira*”. Este discurso que veremos nesta

descrição impulsionou questionamentos sobre o sentido dado à participação e aos usos que lhe são atribuídos.

Outro momento que despertou mais atenção foi no decorrer das discussões do grupo sobre a participação e o controle social. Várias propostas advindas dos municípios estavam compiladas em um documento e sendo projetadas numa tela. O objetivo era que os participantes analisassem juntos as propostas e votassem se mantinham, juntavam ou as retiravam. Não foi um processo calmo, nem muito menos simples de ocorrer. Consegui uma cópia das propostas para poder acompanhar cada uma delas. Não foi fácil ter essas cópias em mão, pois não estavam representando nenhum lugar e nenhum segmento que estivesse nos registros da Conferência. Entre as propostas, teve uma que chamou a atenção, questionava a Presidência do Conselho Estadual, o próprio secretário de saúde, o que tirava o sentido e autonomia do Conselho. Este tópico não foi discutido, pulando para outros em meio às discussões e aos conflitos entre os participantes e os que estavam gerindo o grupo de trabalho. Estes dois pontos foram impulsionadores na análise. Colocamos estes como introdução desta descrição para uma aproximação prévia do que está descrito a seguir.

Os registros desses momentos foram feitos através de fotos, vídeos e áudios das palestras. Gostaria de ressaltar que estamos descrevendo uma experiência em um lugar específico, não tivemos a oportunidade de comparar a experiência em outros Estados. Com outras pessoas e outras intencionalidades, pode ser que estes instrumentos de participação sejam usados de formas diferentes e que tenham ressonâncias e sentidos também diferentes.

A partir do que foi descrito até agora, podemos perceber que existem dois grandes usos destas instâncias participativas, como Conselhos e Conferências, que se distinguem mais nitidamente. Um que tem o sentido dado pelos interesses políticos partidários de manutenção do poder e do controle, e até mesmo, de gestores que pretendem manter seus cargos, de cabos eleitorais, etc; e outro uso que dá um sentido diferente a estas instâncias, que, inclusive, é criada fora destas instâncias participativas específicas, que são as mobilizações de pessoas e grupos engajados pela luta e crescimento do sistema de saúde, que tem uma causa a defender, que acreditam nas potencialidades as quais esses meios participativos podem exercer sobre a garantia dos direitos sociais, neste caso, o da saúde.

Também se percebeu que o primeiro uso se distancia do que teoricamente os Conselhos e as Conferências deveriam interferir: na qualidade do atendimento à saúde, pensando em primeiro lugar na saúde e bem-estar dos trabalhadores e usuários do SUS. Podemos afirmar que esses instrumentos de participação funcionam para este tipo de uso, que têm outros fins como a articulação de eleição para prefeito, vereadores, governadores e até mesmo para conselheiros tutelares e assim por diante. Algumas pessoas diziam participar, porque ganhavam diárias e refeições, ou que foram “enviadas” por seus superiores. As possibilidades de usos desses instrumentos institucionais de participação dão significados diferentes para essas práticas. Alguns mais otimistas que outros tentam driblar as dificuldades. A maior dificuldade é que quem sempre faz uso deste meio para outros fins são os que detêm o poder dentro da esfera pública do governo vigente. Todas as reivindicações dos usuários e trabalhadores ficam em um estado de carreação, ou seja, ficam na superfície, carregando as propostas de um lado para outro, ano após ano, e não atingem as profundidades, o objetivo. Não entram e não atingem suficientemente a ponto de mudar e ter suas necessidades contempladas.

Por outro lado, a participação pode e deveria causar uma espécie de lixiviação no sistema público de saúde. Lixiviação ocorre quando se consegue extrair de um solo, ou uma rocha, os componentes profundos presentes para serem analisados. É como se o processo de participação não penetrasse suficientemente a ponto de conseguir transformar e extrair o que precisa ser mudado no Sistema de Saúde. Os interesses mais comuns são os de tirar proveito de um recurso público para fins pessoais e de manter o poder e os meios de articulações e manobras dentro do SUS.

Esse processo de pesquisa com os Conselhos e Conferências de Saúde em Aracaju tem demonstrado essa superficialidade em que atinge as propostas. Não por sua falta de importância, mas por improbidades que regem o funcionamento de muitas gestões governamentais. Os instrumentos de participação social são administrados de várias maneiras: “se trabalha com o que se tem”, como afirmou um participante. Em muitas conversas, perguntava para conselheiros os objetivos alcançados através das ações do Conselho de Saúde e um conselheiro respondeu: *“sim conseguirmos muitas coisas, conseguimos arrumar o teto da Unidade e que fizessem a calçada...”*. As ações dos Conselhos estão atreladas às carências

mínimas, neste caso. Os Conselhos conseguem atingir os paliativos que deveriam estar presentes mesmo sem que precisassem reivindicar.

Após a Conferência Estadual, depois de ter conhecido Dona Udinha, marcamos um encontro para conversarmos. A conversa durou uma hora, pois ela tinha outros compromissos. Certamente, para conhecer a história de Dona Udinha, precisaria de muitas outras horas e encontros, pois carrega uma vida de engajamento e envolvimento com os cuidados de saúde. Durante nossa conversa, Dona Udinha definiu as ações em que os Conselhos deveriam estar se debruçando, e que estas transferências e mudança de foco nas ações são definidas pelas intencionalidades governamentais.

*“Estrutura física deve pertencer a administração, não é função do conselho, isso é da administração, do governo. O conselho tem que olhar a parte humanizada, a parte humana, das pessoas, é isso que o conselho deve ver. Por exemplo o acompanhamento da pessoa idosa... se não tem, reivindicar. Sobre a criança e ao adolescente, o que se está fazendo? Tem as pessoas que formam o conselho, mas a gente vê que não tem compromisso. ... Se não fosse os conselhos, mesmo assim se arrastando, não teria nada não... tudo isso, estatutos, direitos, não teria nada... agora que muitas pessoas vão com seus interesses partidários. Vão, não tem nem como negar. O papel do conselheiro é reivindicar, ver as verbas, porque não recebeu, ver a questão das maternidades hospitalares e as pessoas antes procuravam muito os conselheiros e a gente tinha que atender e ver como as coisas aconteciam. Sempre foi muito difícil, mas a gente conseguiu a mamãe cegonha, o acompanhante do esposo, da criança ficar com a mãe, isso foi luta dos conselhos... o medicamento gratuito, o cuidado do idoso, o estatuto do idoso... tudo isso, o que ainda tem e acontece foi luta dos conselhos... (Dona Udinha).*

Os Conselhos possuem funções importantes que, como Dona Udinha afirmou, dependem de muitos fatores para que seu exercício seja reconhecido. No entanto, os Conselhos possuem uma história de conquistas e importantes influências no controle social. Durante a Conferência Estadual, Dona Udinha não estava como delegada ou conselheira, ela estava cuidando a exposição sobre os cuidados

alternativos a saúde. No último dia da Conferência, ela se juntou ao grupo que representava a região da cidade de Lagarto, com os estudantes. Sentei-me ao seu lado durante o momento da eleição para e escolha dos delegados de cada região para participar da Conferência Nacional em Brasília. Uma senhora que demonstra calma e controle em seus olhos sérios e ao mesmo tempo simpáticos. Seu cabelo branco e sua pele morena e de certa idade não deixaram sua elegância de lado. Sentada elegantemente de pernas cruzadas e braços entrelaçados, parecia olhar para além do que via em sua frente. Ela foi pioneira da Pastoral da Saúde em Sergipe, uma grande liderança em sua cidade e no Estado. Falamos pouco no momento, pois as discussões estavam ficando tumultuadas. Este foi no momento final da Conferência. Trocamos algumas conversas, colocou-se à disposição para conversarmos melhor outro dia: *“nesse clima aqui fica difícil pra conversar”*, disse ela.

Em entrevista, Dona Udinha contou sua trajetória e no que acredita. Religiosa e sábia, ela atualmente faz parte de um Projeto de Práticas Integrativas de Saúde juntamente à Universidade Federal de Sergipe no campus de Lagarto, como mencionado anteriormente. Ela contou que escolheu ser: *“o cravo nos sapatos dos políticos”*:

*Já teve convites para me candidatar, a vereadora, a prefeita da minha cidade... eu digo pra eles, querem conversar? Vamos conversar sobre o evangelho... eu não quero acabar com a minha trajetória com isso... não vou me expor, vou ser explorada. E não tenho força mais pra isso... Me lembro no Rio, foi Fernanda Montenegro que foi convidada a ser governadora do Rio, no teatro Joao Caetano, de honra ao mérito, e ela disse assim, em 89: “Eu prefiro ser cravo no sapato dos políticos”, e o Brizola ficou incomodado, e antes os artistas podiam falar, não tinha a globo pra controlar... então eu prefiro ser esse cravo no sapato deles... E eu não tenho partido, eu voto no sujeito, se ele não tem história, como vou votar nele? (Dona Udinha)*

Evidentemente, daria para escrever uma tese com a história que Dona Udinha tem para contar. Ficamos durante apenas uma hora conversando na casa de

seu filho em Aracaju. Ela estava vestindo a camiseta com a foto da doutora Zilda Arns, médica sanitária e pediatra, grande liderança que criou a Pastoral da Saúde e faleceu no terremoto em Porto Príncipe no Haiti, em 2010. Segundo o site oficial da Pastoral da Criança, esta foi fundada em 1983, na cidade de Florestópolis, no Paraná, pela Dr. Zilda e pelo então Arcebispo de Londrina, Dom Geraldo Majella Agnelo. A pastoral da Criança hoje se faz presente em todos os estados brasileiros e em outros 10 países da África, Ásia, América Latina e Caribe. Entre as principais ações da pastoral, estão o acompanhamento às gestantes, com orientações sobre a importância do pré-natal; do aleitamento materno e vacinação; acompanhamento nutricional das crianças menores de seis anos, orientando sobre as etapas do desenvolvimento do infante, dos cuidados básicos de higiene, de nutrição e crescimento. Os líderes da pastoral são voluntários, um número de aproximadamente 160.547.7 líderes, sendo que 88.2% são mulheres e 11.2% são homens. Segundo os dados do quarto trimestre de 2018, são atendidas 938.816.3 crianças entre 0 e 6 anos; 782.332.9 famílias foram atendidas em 3.519 municípios.<sup>26</sup>

Dona Udinha sente orgulho de sua trajetória, e não mede esforços quando precisa ajudar a quem precisa. Sua vida é extremamente religiosa. Quando mais jovem, foi para um convento, mas não permaneceu, porque a colocaram para *“começar pela cozinha... aí pensei, vou lá pra ser explorada? Já vão começar com panela de novo? eu queria ir pra lá pra procurar espiritualidade, estudar... aí casei, conheci meu esposo no Rio, foi meu primeiro namorado, fizemos 46 anos de casados e ele faleceu faz 25 anos...”*.

*Fui a primeira líder da pastoral da criança. Era um grande foco lá em 85 quando os meios de comunicação anunciavam que a cada minuto uma criança morria no Brasil. A colônia, em lagarto que morava, ela foi modelo...morria em média 8 a 10 crianças por semana. Quando cheguei eu tomei as dores. Eu tinha colocado uma pré-escola, em quatro turmas eu atendia em média 200 crianças. Era uma coisa muito humana, muito amorosa.*

---

<sup>26</sup> Informações retiradas do site da Pastoral da Criança, <https://www.pastoraldacrianca.org.br/quemsomos>, <https://www.pastoraldacrianca.org.br/criancas-gestantes-e-voluntarios>

*Quando a pastoral da criança chegou eu abracei, porque tive suporte e material pedagógico. Daí fui coordenar na paróquia. E dona Zilda, que disse: ‘você está perdendo tempo na paróquia, vamos pra diocese...’ Eu não sou uma pessoa burocrática, mandava e fazia a papelada certinho, mas sou mais pela causa. Eu fiquei quase 12 anos na coordenação da pastoral no estado de Sergipe. Hoje faço parte da equipe da pastoral de capacitação, fitoterapia, práticas integrativas de saúde...com as mães ... (Dona Udinha)*

*Dona Udinha*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2016

Com as limitações de sua idade e tempo de dedicação, ela não se cansa de acreditar e lutar através dos meios próximos de seu alcance. Conhece como “a coisa funciona” e tem se agenciado fortemente em diferentes âmbitos participativos, tanto



os institucionais quanto os não institucionais. Uma experiência de muitos anos no engajamento e participação no combate à pobreza e desnutrição infantil.

Minhas percepções durante a VI Confesa (Conferência Estadual de Saúde) não foram muito diferentes dos processos anteriores que participei, de reuniões de Conselhos, de Pré-conferências locais e da Conferência Municipal. Todo o processo é encantador, a existência dos espaços e do tempo disponibilizado para que haja discussões sobre a saúde é fruto de mobilizações sociais anteriores. Durante as Conferências anteriores, foi entusiasmante presenciar moradores, usuários do SUS, com o microfone na mão lendo e explicando para todos os demais as propostas discutidas em seus grupos. No entanto, este processo também possui um tipo de encantamento diferente, o de mudança de percepção. Não conseguimos perceber até onde as propostas são efetivadas. Ao mesmo tempo, também não me faz dizer que este processo é desnecessário, muito pelo contrário. Esses espaços destinados para a participação são importantes e, historicamente, muito recentes. Esses espaços garantem a legitimidade e obrigatoriedade da participação, possibilitam articulações, trocas de informações e fortalecimento da sociedade civil.

Na Conferência Estadual, participam os convidados, os delegados eleitos na Conferência Municipal (usuários e trabalhadores), os conselheiros estaduais e gestores. Também haviam grupos de estudantes que faziam residência em algumas UBS. Os crachás eram diferentes de acordo com cada segmento. O vermelho para os usuários; o laranja para convidados; verde para os trabalhadores e o azul para os gestores e prestadores de serviços. Participei da Conferência Estadual como ouvinte, sem estar vinculado a nenhum segmento, visto que somente os conselheiros eleitos como delegados nas Conferências locais é que participam oficialmente como membros da Conferência, ou seja, com direito a voz e voto.

Esta Conferência aconteceu nos dias 23 e 24 de setembro de 2015. Teve início com um café da manhã para recepcionar os participantes os quais vinham de todo o Estado. O credenciamento funcionou da mesma maneira que da Conferência Municipal, o Hino Nacional de abertura foi cantado pelo Coral da Aspene (Associação dos Aposentados e Pensionistas do Sistema Petrobrás no Nordeste).

Na abertura, antes de chamar a composição da mesa, no cerimonial de abertura, fizeram uma introdução e uma estimativa de quantos participantes estariam presentes: “...após a realização de 74 conferências municipais (locais),

*com a participação de mais de 30 mil pessoas nas cidades sergipanas, teremos aqui cerca de 450 delegados para discutir os temas, determinados pelo Conselho Nacional de Saúde com o foco de trabalhar o contexto das realidades do nosso Estado...”.*

A mesa foi composta por lideranças do governo, representantes do Ministério da Saúde, representantes da Universidade Federal de Sergipe e da Universidade Tiradentes, representantes dos usuários e trabalhadores. Após a apresentação cultural, teve a Conferência de abertura com o secretário de gestão Estratégica e Participativa (SEGEP/MS) sobre o tema do evento, “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: direito do povo sergipano”.

Antes da palestra, os componentes da mesa fizeram um breve discurso, do qual destacamos:

O Promotor do Ministério Público presente disse algumas palavras: *“...saúde justa, digna de qualidade... juntos chegaremos num lugar melhor, não sabemos muito para onde, mas estamos do mesmo lado da trincheira...”*;

A presidenta do Conselho Nacional também falou: *“... não podemos deixar a saúde ser uma moeda de troca ... vivemos uma crise política e social no país, que sempre atinge a saúde... nos últimos 12 anos conseguimos alterar o cenário da desigualdade, principalmente no Nordeste, mas existe uma chantagem de uma elite que não nos tolera, que nos coloca no lugar de pobre e fraco”*;

O palestrante também adiantou algumas palavras nesta mesa de abertura: *“Nós que vivemos a saúde pública no momento como este ficamos muito apreensivos, teve a saída do ministro... Nosso país está se tornando um país de intolerância, desrespeito e pouca civilidade, a humanidade é um processo de construção com mais civilidade, está como se fosse normal falar de impeachment, de matar homossexual, de ser racistas... não precisamos de donos. Interesses individuais que estão em jogo, interesse pessoal, de como eu vou tirar vantagem, é um interesse fisiológico. A crise reflete a falta de entendimento, na política é para servir e não para ser servido ... se tiver um golpe, será contra tudo o que a democracia representa, é um momento para refletir... de conduzir nossos próprios interesses”*;

O Secretário Estadual de Saúde disse: *“Vocês conhecem o SUS muito mais do que eu ... vejo pelo lado da gestão ... ‘de médico e louco todo mundo tem um pouco’, e espero que teremos mais médicos do que loucos... engenheiro e advogado só entende de gestão ... o SUS é feito para os usuários ... Déda dizia: movimento sindical e movimentos sociais tem prioridades em nosso governo...”*.

Após as palavras da mesa, iniciou-se a palestra com o tema da Conferência, “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: direito do povo sergipano”. O palestrante, Dr. Rogério Carvalho, que também palestrou na Conferência Municipal, começou lembrando que, anteriormente, a saúde não era um direito e lembrou o que é o SUS hoje e toda a sua importância. Falou dos princípios de Universalidade, Integralidade e Descentralização.

*Como é que organizamos um sistema de saúde para dar conta disso? ... Os desafios são muitos a começar pelos 200 milhões de brasileiros, dos 2 milhões e 242 mil habitantes de Sergipe ... tudo tem um custo, não basta só recurso, é preciso ter eficiência na gestão do recurso ... a responsabilidade da União é colocar dinheiro na Saúde, ... não há milagre para ter qualidade na saúde ... precisamos de oferta maior, mas não podemos fazer isso sem mensurar, há irresponsabilidade da gestão de cumprir com o compromisso e impunidade, não podemos passar a mão na cabeça. Precisamos buscar um novo pacto entre Estado, Município e Federação. Temos 4,5 do PIB, menos da metade dos recursos para atender três vezes mais gastos per capita. O Brasil gasta em média 400 dólares por habitante ao ano com a saúde, e na Inglaterra esse gasto é de 3000 por habitantes ao ano... um sistema irregular sofre a falta de credibilidade... garantir a regularidade é luta política, tirar de quem tem mais para os que tem menos, lutar por mais recursos na saúde... direito é diferente, não é concessão...” (Rogério Carvalho dos Santos. Secretário de Gestão Estratégica e Participativa SEGEP/MS)*

A palestra da tarde foi com a presidenta do CNS, Maria do Socorro de Souza, sobre “Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS”. Ela também seguiu com um discurso sobre a importância do SUS, lembrando que este não se trata de um programa social, mas, sim, de um direito. Também comentou

que este é um momento difícil para o SUS, por causa da mudança do ministro e do processo de impeachment da então presidenta Dilma Rousseff.

Os cortes no orçamento para a saúde são muito elevados e temem que o pior possa acontecer. A Seguridade Social e a Educação são as áreas que mais sofrem descasos do poder público: “...é preciso taxar os ricos para a saúde, contribuição sobre as grandes movimentações bancárias”. A falta de compromisso com a rede de atenção à saúde e o desmonte de equipes causam precariedade nos serviços e enfraquecimento do SUS.

*A situação macro política do país é uma confusão ... tem um SUS que a mídia não fala ... sempre pautam por uma tendência em mercantilizar os direitos ... aonde é que tem emprego para enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, médico, terapeuta ocupacional? No SUS. O que a maioria das pessoas pensam do SUS? O SUS forma pessoas nesse país. Se o SUS enfraquece nós também sofremos. O SUS que é invisível, que a mídia não fala, tem-se a vigilância em saúde, controle dos medicamentos; o SUS fornece os medicamentos mais tomados... As vigilâncias estão rifadas, em frente ao agronegócio, tem-se pouco poder de ação contra um imenso poder de capital ... o que se pensa do controle social? (Maria do Socorro de Souza. Presidente do conselho Nacional de Saúde)*

Quando a mídia fala da situação da saúde no país, geralmente, está ligada a um hospital ou UBS. As denúncias não deixam de ser verdadeiras. Há muitos descasos e desvio de verbas públicas que fazem esses estabelecimentos serem ainda mais precários. Mas há também ações de prevenção e vigilância que englobam as ações do SUS, consideradas referências no mundo. A conselheira estava querendo ressaltar que há um SUS que funciona e que precisa ser visibilizado. E mencionou várias ações presentes e eficazes do SUS, como o Programa de Saúde da Família e a Vigilância epidemiológica; além das campanhas de vacinação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Neste aniversário de quase 27 anos do SUS, a conselheira nacional tenta alertar sobre os caminhos que estão sendo tomados, tanto pelos trabalhadores e

usuários do SUS, como também, e principalmente, pelo descaso do poder público, pela corrupção nua e crua que acontece diariamente e em todos os níveis da federação. *“A 15 Conferência também é rifada ... somos sujeitos políticos não dá pra ser clube de amigos...”*, continuou a conselheira.

Nesse tempo de criação do SUS, houve marcos importantes como o de quebrar o isolamento da saúde e atender a um universo enorme de pessoas. A conselheira nacional comentou dos problemas emergentes, como os de acidentes de trânsito e estresse; e os provenientes de uma má-alimentação, como o excesso de sal, açúcar e gorduras que estão sendo mais consumidos pelos brasileiros e repercutindo no atendimento à saúde. Além dos atendimentos às gestantes e portadores de DST/AIDS, a palestrante seguiu trazendo o que de importante o SUS ocasiona na vida de todos os brasileiros e salientou que é preciso continuar lutando e não deixar que a mídia e os governantes desinteressados no SUS possam desanimar e estabelecer descrença naqueles que sempre participaram.

A conselheira palestrante lembrou das responsabilidades dos municípios em ter uma programação e uma prestação de contas sérias e comprometidas com o SUS. Falou do lançamento da Frente Democrática Popular em Defesa do SUS: *“vamos manter o sonho... agora é hora da pressão...”*. E terminou chamando todos para a Conferência Nacional, dizendo que terá ato político, práticas de cuidados, abertura, painéis, mesas, diálogos, trabalhos e plenárias, com um limite de espaço para quatro mil pessoas, onde levarão as propostas realizadas em todo o Brasil para serem discutidas em nível nacional.

O segundo e último dia da Conferência iniciaram com uma peça de teatro intitulada “Redes de Cuidado, o foco é o usuário”, organizada por agentes comunitárias de Saúde. No primeiro momento da apresentação, cantavam *“Parabéns pra você...”* e cada agente de saúde representava uma rede de atenção à saúde, sendo sua fala a continuação da música. Segurando uma estrela com o nome da rede, cada uma falava o que era e por que merecia os parabéns, e colocavam todas as estrelas juntas no painel. No final, cantaram a música parodiada, *“É preciso não deixar o SUS morrer”*:

*“♪Parabéns pra você,*

*-Ao Programa Mais Médicos, porque eu oferto assistência a comunidades com dificuldades de acesso e com alta vulnerabilidade social, fortalecendo o vínculo com a comunidade;*

*♪Parabéns pra você,*

*-Parabéns pra mim, SAMU, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, trabalho com agilidade e rapidez salvando a vida das pessoas, se precisar disque 192,*

*♪Parabéns pra você,*

*-Esse parabéns é pra mim, o ‘CAISM’ [Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher], unidade especializada que oferece serviços de ginecologia e atendimento especializado à gestantes, ofereço também tratamento para um série de doenças que atinge as mulheres, inclusive câncer de mama e útero,*

*♪Parabéns pra você,*

*-Pra mim, a vigilância epidemiológica, eu que tenho tido como objetivo oferecer orientação técnica permanente aos profissionais da Saúde sobre doenças e agravos e no Estado, tenho desenvolvido ações de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis,*

*♪Parabéns pra você,*

*-Para nós, Agentes Comunitárias de Saúde que desempenhamos um trabalho importante na comunidade, diminuindo o índice de mortalidade infantil e sendo um elo muito importante entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde.”*

*Música:*

*“É preciso não deixar o SUS morrer!”*

*“♪ É Preciso fazer o SUS viver,  
É preciso fazer o SUS crescer,  
É preciso não deixar ele morrer,  
Não deixar ele morrer,  
Não deixar ele morrer!*

*O Sus veio atender a demanda de um povão,  
Não é sonho tão distante,  
É real, é construção.  
Todos juntos nós podemos,  
Transformar e entender  
Que é preciso fazer o SUS crescer.*

*Teve sempre a porta aberta  
Não importa o lugar,  
Seja rico ou seja pobre  
Ele veio agregar.  
Não podemos desistir,  
Nem tampouco enfraquecer  
É preciso não deixar o SUS morrer.*

*É preciso fazer o SUS viver,  
É preciso fazer o SUS crescer,  
É preciso não deixar ele morrer,  
Não deixar ele morrer,  
Não deixar ele morrer!”*

O grupo de agentes comunitárias de saúde foi intensamente aplaudido e elas ficaram no palco entusiasmadas e se abraçando. Felizes com a tarefa de mostrar um pouco do que pensam e de algumas ações que precisariam ser mais valorizadas, inclusive o trabalho por elas exercido. No entanto, na maioria das vezes, este trabalho possui pouca apreciação tanto dentro da UBS quanto pelos moradores. Não é tarefa fácil exercer o papel de agente comunitário de saúde. Sofrem com o sol forte, com a locomoção em lugares mais distantes e com algumas famílias que não as recebem muito bem, quando nem abrem suas portas. Na maioria dos casos, elas são bem recebidas, sim. Existem ACS que são extremamente articuladas, lideranças na comunidade. São elas que carregam as informações até a UBS e mediadoras das necessidades das famílias.

Para Fonseca, Nobre e Santos (2014), existem modos de enfrentamento que partem dos profissionais de saúde, neste caso, os agentes comunitários de saúde. Estes enfrentamentos são maneiras de tentar garantir, no dia a dia, a saúde integral proposta no SUS. As ações locais dos que fazem parte da equipe do PSF estão ligadas a cuidados e práticas de atenção que coincidem com os modos de vida locais, sendo que, às vezes, distantes do proposto (e pela falta) das políticas públicas. De todo modo, o diálogo que estes profissionais realizam com a comunidade local, com o cotidiano dos moradores, se torna práticas de atenção à saúde, que vão além das práticas institucionais reproduzidas na unidade de saúde.

Com isso, os autores citam Lancetti (2008), que traz uma designação desta prática como uma “potência terapêutica”, por apresentarem esta dupla face de serem agentes representantes do sistema de saúde e membros da comunidade local, onde contabilizam as mazelas, os problemas, assim como também os laços de comprometimento e confiança dos moradores atendidos. (FONSECA, NOBRE e SANTOS 2014 p. 4033).

A apresentação das agentes de saúde na conferência nos levou a refletir brevemente sobre o trabalho exercido por elas nas unidades de saúde. Embora não seja o foco da pesquisa, mas as agentes carregam potencialidades no desenvolvimento do atendimento primário e no crescimento do processo de participação, que pode expandir informações e despertar interesses dos moradores em fazer parte do conselho de saúde local.



## *Apresentação das Agentes Comunitárias de Saúde*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

O trabalho das agentes de saúde possui uma função que vai além dos muros institucionais da unidade de saúde. Com isso, as agentes estão intimamente ligadas à comunidade local. São como um suporte, uma força na tentativa de garantia dos direitos à saúde, abrindo possibilidades de mudança e expansão do atendimento. O trabalho das ACS se torna cada vez mais difícil na medida em que as cidades crescem. E junto a este crescimento, o medo da violência dificulta as visitas. Cada vez mais, as pessoas constroem muros mais altos, com cercas elétricas e câmeras de vigilância. As agentes ficam sem saber se há pessoas em casa ou não, e as pessoas com medo de abrir suas portas. Muitas agentes de saúde comentaram esses problemas gerados pelo medo e pela violência. *“Eu tenho medo de ir em lugares mais isolados, uma vez fui em uma casa e o morador estava sozinho e ele começou a se insinuar, eu sai correndo e não voltei mais ... O muro alto dificulta, tem casas que nunca visitei porque nunca atendem, não sei se moram aqui ou fica só final de semana...”* (Adriana, Agente de Saúde do povoado de Areia Branca). O trabalho das agentes de saúde está atrelado à receptividade dos moradores, como uma agente comentou: *“tem família que mal recebe a gente, que não gosta que vamos lá e*

*perguntamos as coisas ... e quando vão na unidade pra pedir consulta, dizem que não tem Agente, que a Agente quase não vai lá...” (Angela, ACS).*

O acolhimento do trabalho das agentes por parte das famílias atendidas influencia fortemente na efetividade do atendimento e nas possibilidades de mudanças que podem surgir neste processo. A circulação de informações e a ciência do direito à saúde são os principais mecanismos que as agentes de saúde levam com elas em cada visita. Além da expansão do atendimento, as relações de comprometimento, confiança e afetividade, constroem laços importantes com os moradores e fortalecem a potencial liderança que uma agente de saúde pode carregar consigo. *“Conheço muita gente, e todos me conhecem, quando precisam, as vezes me procuram em casa, se fizemos alguma campanha, tem sempre alguém pra ajudar, a gente se une...” (Dora, agente de saúde do povoado de Areia Branca).*

As agentes comunitárias, de um jeito ou de outro, também estão envolvidas no processo de participação. São elas que trazem as possibilidades de participação desde o bairro às Conferências. Nem todas defendem ou participam, muitas acreditam que este é um fenômeno falido que de nada adianta; outras acreditam e veem nesta possibilidade uma única maneira de mudar para melhor o SUS. Gil, agente de saúde do bairro Coroa do Meio e presidente do Conselho local de saúde, falou para todos durante a Pré-conferência do bairro:

*O que eu quero falar aqui principalmente é da comunidade, do apoio de vocês no conselho. Nosso conselho precisa funcionar. O conselho local de saúde é uma peça principal para que a nossa unidade de saúde vá num caminho direcionado as coisas boas. A nossa unidade ela não só é para criticar. Quando é uma crítica construtiva é ótimo, mas é preciso que essa pessoa da crítica ela venha para construir coisas boas junto com a unidade de saúde. (Gil, presidente do Conselho Local de Saúde e Agente Comunitária de Saúde do bairro Coroa do Meio)*

Falamos nas agentes de saúde por estas serem peças importantes no atendimento à saúde preventiva e familiar. Assim como também, este trabalho carrega potencialidades que variam de acordo com o agenciamento de cada uma e

das relações estabelecidas na unidade de saúde e com os moradores. Elas, as mulheres em sua maioria, fazem o trabalho minucioso dentro do sistema de saúde, e podem despertar as possibilidades de participação.

Após as apresentações iniciais deste segundo dia de Conferência, iniciaram-se as discussões dos eixos temáticos que também foram separados por grupos, no mesmo formato que as conferências anteriores. Os grupos eram maiores, cada grupo tinha dois a três organizadores que falavam ao microfone e liam as propostas para o grupo selecionar as que ficariam levantando os crachás. O secretário-geral do Conselho Estadual ficava passando nos grupos para dar assistência e verificar o andamento dos trabalhos.

Procurei ficar no eixo 2, sobre a Participação Social. Ao iniciar, entregaram um resumo das propostas para que pudéssemos acompanhar. Ao perceber que não possuía crachá, a moça que entregava o texto hesitou em me dar uma cópia. As pessoas ao lado com quem já havia conversado anteriormente falaram que eu estava ali participando e fazendo a pesquisa e que poderia ganhar uma cópia. Mesmo eu tendo explicado a ela anteriormente, ela comentou que *“não é pessoal, mas que depois podem cobrar dela”*. Não ficou muito clara essa situação. Assinei a folha de quem recebeu a cópia e permaneci no grupo. Isso aconteceu paralelo às discussões com os interlocutores ao microfone. Para pedir a palavra, precisava levantar o crachá, assim como para votar. Parece que, sem um crachá, não se pode fazer muita coisa. É uma identidade forte e é preciso saber de que lado você se posiciona e se devem ou não lhe dar atenção, ouvidos, vozes e papéis.

Este documento vem com as propostas desde as Pré-conferências, que foram discutidas, refeitas e resumidas na Conferência Municipal e agora rediscutidas nesta Conferência Estadual para serem levadas à Conferência Nacional. As propostas vão passando por peneiras até escolherem as que vão representar as necessidades de todo o Estado. Entregaram também uma folha resumo das propostas, somente deste eixo, sobre a participação social. Contudo, depois de muito discutirem, resolveram ler as propostas e ir fazendo a votação. A cada leitura, falavam “supressão ou manutenção” da proposta. No total, tinham 25 propostas, que até onde consegui acompanhar, ficaram resumidas em quase a metade, algumas suprimidas e outras mantidas. O objetivo era enxugar as propostas. Segundo um Conselheiro Nacional

que estava presente, *“quanto menos e mais específicas forem as propostas, melhor. Mais elaboradas e que tenham maior impacto, uma diferença e um alcance...”*.

Esse conselheiro pediu a palavra para responder a algumas discussões que estavam sendo levantadas. Uns diziam que *“o pleno é soberano, no documento não se pode mudar uma vírgula...”*, em resposta a algumas pessoas que queriam reeditar as propostas, pois comentaram que algumas propostas precisavam ser melhoradas e redigidas de outra maneira e isso gerou um conflito entre os presentes. Por isso, chegou-se à conclusão de que seria realizada a votação, sem tentar mudar o texto, pois tomaria todo o tempo e não conseguiriam terminar os trabalhos.

Estas foram as propostas a serem votadas:

1. Ampliar a divulgação da importância, ações, reuniões e eleições dos Conselhos de Saúde para maior participação da população;
2. Criar um portal da transparência para acesso da população de todas as ações (atas e deliberações) do Conselho. Garantir o acesso às informações da gestão do SUS para o controle social para a sociedade de forma pública e transparente;
3. Efetivação da sociedade na gestão do SUS, mediante o fortalecimento dos mecanismos de Controle Social, como o CLS, Conferência de Saúde e Ouvidorias;
4. Garantir capacitação dos conselheiros de saúde para fortalecimento do controle social no SUS de maneira efetiva e colaborativa com a gestão;
5. Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiências;
6. Defender os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, visando à redução da violência sexual e doméstica;
7. Garantir recurso e gerenciamento deste pelo Conselho de Saúde, possibilitando condições de funcionamento e fortalecimento deste, visando sua autonomia;
8. Aumentar a composição do Conselho Estadual de Saúde garantindo inclusão dos representantes das sete regionais de saúde, com um titular e dois suplentes;
9. Não permitir que o secretário seja o presidente do Conselho;
10. Criação e conformação dos Conselhos Regionais e territoriais de saúde;
11. Fiscalizar através da participação social melhoria da qualidade dos atendimentos no Sistema Único de Saúde – SUS – e a saúde suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor de saúde;
12. Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os Conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei;

13. Incentivar e divulgar para a sociedade, através de reuniões e palestras com temas e palestrantes de diversos órgãos com participação do Conselho de saúde, a educação popular em saúde;
14. Garantir o acesso às informações da gestão do SUS para o controle social para a sociedade de forma pública e transparente;
15. Oficina de controle social periódicas para a população;
16. Efetivação das estratégias dos resultados e das resoluções das conferências;
17. Democratizar e popularizar as Conferências de Saúde garantindo o direito à saúde como política de Estado e não de Governo;
18. Maior acesso às informações sobre a saúde do município por parte dos conselhos;
19. Inserir, no currículo de ensino médio e superior, temáticas que auxiliem mais efetivamente a construção do exercício de cidadania, promovendo maior participação da sociedade nos Conselhos de Saúde e outros órgãos de classe constituídos para o controle social;
20. Retorno da disciplina Moral e Cívica nas escolas como forma de ter educação como o eixo principal para aprimorar os demais sistemas;
21. Criação de comissões nos Conselhos de saúde para a fiscalização da gestão;
22. Uso da tecnologia para divulgação de informação sobre a saúde e como espaços de participação social (espaço de trocas de informações, emissões de opiniões fortalecimento a gestão participativa e o controle social);
23. Democratizar as políticas do SUS envolvendo entidades no âmbito de estados e municípios;
24. Continuar o estímulo à participação popular incluindo o controle social garantindo recursos do governo federal para as instâncias colegiadas;
25. Ampliação a título nacional por parte do Ministério da Saúde, divulgação da Conferência Nacional de Saúde e suas etapas juntamente a cada município.”

É interessante notar as propostas realizadas até esse momento. Algumas chamando a atenção do Conselho para a sua própria função e outras propondo questões que já são intrínsecas (ou, pelo menos, deveriam ser) de um controle social efetivo. Há uma proposta que gostaria de comentar, que me chamou a atenção e que nos explica a situação do processo de participação, e como o Conselho de saúde vem sendo articulado e usado.

Estava aguardando ansiosa para o momento em que decidiriam pela “supressão ou manutenção” do item 09. A proposta de “Não permitir que o secretário seja o presidente do Conselho”. As discussões foram aumentando a cada proposta, e várias pessoas falavam ao mesmo tempo, passavam as propostas, já não se sabia em qual proposta estava e, assim, foi passando. Perguntei para a senhora

ao meu lado, que é presidente de um Conselho local e que estava representando os usuários, se essa proposta já havia sido discutida, e ela, com um sarcasmo em seu sorriso, disse-me que “ainda não”. Leram rapidamente esta proposta e, sem muito discutir, ela não tomou a importância que precisaria e, depois, desapareceu sem deixar rastros.

Mesmo que todos participem e que cheguem a encontrar os problemas e a discutir as soluções, estas não são consideradas, e é aqui que o processo de participação chega ao seu limite de efetividade. É neste momento que se tornam visíveis as forças contrárias, que se repelem. Podemos nos perguntar como que uma instância como o Conselho que serve para controlar e fiscalizar as ações de políticas públicas de saúde pode ter o secretário como presidente? Isso favorece e desfavorece ao mesmo tempo. A diferença é que, quando o secretário é o presidente, a coerção e consenso são mais fáceis de ser agilizados por sua parte. E aqui, começa a contar as intencionalidades do governo que interferem no desenvolvimento das ações de saúde em todos os âmbitos da rede de atenção. Entre os espaços percorridos durante a pesquisa, foi possível sentir as poucas, mas significativas diferenças, que vão desde a falta de materiais à forma como são tratados os trabalhadores e usuários. A desvalorização dos funcionários e o descaso com a demanda dos usuários fazem o sistema de saúde ficar ainda mais precário e ameaçado. A desvalorização do trabalhador e descaso com os usuários também estão refletidos no processo de participação, o que não a impede de ser reinventada pelos que dela fazem uso, e que a conferem sentidos diversos.

Em alguns momentos, a participação se torna somente um protocolo a seguir. Força os gestores a escutarem as demandas, mas não os obriga diretamente a atender. A fiscalização é uma obrigação do Ministério e dos Conselhos. São demandas já conhecidas e óbvias. Uma gestão preocupada com o fortalecimento do SUS ouviria e consideraria as propostas postas nas Conferências. Percebemos que as propostas colocadas são caracterizadas mais como denúncias, como gritos de socorro, denunciando o que é, em forma de sugestão de como deveria ser. Só que esta sugestão já é, teoricamente, a obrigação que não é cumprida. Este fato, por exemplo, de o secretário ser o presidente do Conselho enterra todas as possibilidades vitais do Conselho. E o fato de ninguém poder fazer nada para mudar também nos diz que as limitações dos conselheiros e de quem participa são muitas.

*“O SUS é o melhor plano do mundo... a culpa é de quem administra. Tenho um secretario que foi senador da república, e ele tem o melhor plano de saúde pra ele e pra família, como que ele vai se preocupar e entender sobre o SUS? O cara já nasce presidente do conselho, como que eu gasto e controlo meus gastos, isso é imoral, ele é presidente do conselho e nunca foi lá não conhece saúde. O dia em que nesse país, quem for gerir o SUS ter que usar o SUS, ele vai melhorar”. (Eduardo, Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde)*

O final da Conferência Estadual foi tumultuado, com as eleições para os delegados que irão à Conferência Nacional. Cada regional se reuniu em pequenos grupos para votação de seus delegados. Alguns grupos mais quietos, pois já tinham os candidatos certos, mas, em outros, como de Aracaju e Lagarto, houve muita discussão. Bate-bocas e gestos com os braços pareciam um ringue de alguma luta verbal e corporal.

Sentei-me ao lado de Dona Udinha, sua presença marcante chamou a atenção, mais idosa, mas com um semblante de quem observava e sabia de tudo. Como comentado anteriormente, ela faz parte das práticas integrativas em saúde e estava com um quiosque sobre esta proposta para divulgação na Conferência. Haviam plantas medicinais e descrição de outras maneiras de tratar alguns sintomas de doenças. Comentei se ela já havia participado e se sabia o que estava acontecendo, e ela, de pernas cruzadas, segurando seu queixo e olhando distante como quem está refletindo, soltou um sorriso discreto: *“isso... isso eu conheço muito bem... já participei muito... já não quero mais isso não...”*. Ela já tinha sido conselheira e participado da Conferência Nacional. O barulho das discussões dificultou nossa conversa neste dia, por isso, marcamos outro momento para conversarmos melhor. Dona Udinha tem seu percurso de participação desde a pastoral da Criança, onde tudo começou. Ela comentou que:

*As pessoas na época eram enamoradas pela pastoral, tinha aquele sabor de um amor, se lutava por uma causa, hoje é diferente, os conselhos estão diferentes, não sei*

*nem como expressar... diante de tudo que está aí ninguém acredita mais... sem muita luta...e eles não são incentivados a lutar, e com tudo isso, se perdeu a credibilidade e já vão desestimulados a fazer, porque sabem que não vão conseguir. (Dona Udinha)*

O sentido dado ao processo de participação vem mudando, e as consequências destas mudanças tendem para o enfraquecimento das reivindicações pelos direitos e justiça. Segundo Dona Udinha, com esse “boom de vaidade”, as pessoas estão se engajando nos Conselhos não mais por uma causa comunitária, mas, sim, para um engrandecimento pessoal. No início da descrição do campo em Areia Branca, foi comentado sobre o cansaço da participação, mencionado por uma das agentes de saúde. Dona Udinha também comentou sobre isso:

*Hoje existe um cansaço em qualquer área que exista. As de antes já estão cansadas, e hoje tem essa questão de encardo pra você aparecer, elas entram e não tem proposta de trabalho, elas entram pra aparecer, pra disputar a nacional... é uma questão de interesse próprio, só querem se aparecer...vai por vaidade própria... não vai com uma proposta de melhoria pra sociedade, ele vai com uma proposta própria, pra melhoria dele. (Dona Udinha)*

Foi muito interessante conversar com Dona Udinha depois das Conferências. Sua história retrata um percurso longo que a deixou cansada, mas comentou que jamais desistirá, que quer continuar ser o “cravo no sapato dos políticos”. Ela analisou a participação, comparando com o que viu e vem acompanhando na pastoral da saúde. Sua experiência marcante e sua leitura sobre a medicina e as formas como nos relacionamos e cuidamos contribuíram muito para este trabalho.

*Caiu muito, uma média de 80% a participação, isso em 2010. A gente ainda tinha uma média de 6 mil líderes e hoje temos 2 mil líderes... (na pastoral da Criança). O dia da pesagem, é o dia de celebração da vida... um*



*momento gostoso com as crianças e as mães e o agente de saúde acompanha, tem dia deles acompanharem 200 famílias... eles andam desfigurados... e quando chegam na unidade não são cuidados e chegam na unidade e as vezes nem água tem... Fui conselheira municipal, estadual e delegada na federal. A participação no conselho de saúde foi ligada ao trabalho que eu estava fazendo a nível de estado na pastoral e aí eu fui apontada pra participar do conselho de saúde do estado. É um conselho forte, que tem muita polemica. Pelo que você vê fora, o papel do conselheiro é reivindicar, ver as verbas, porque não recebeu, ver a questão das maternidades hospitalares e as pessoas antes procuravam muito os conselheiros e a gente tinha que atender e ver como as coisas aconteciam. (Dona Udinha).*

No processo de participação, as pessoas que são engajadas em algum movimento social fazem parte de uma rede que está conectada com outras maneiras de participar. Um está ligado ao outro, um espaço vai abrindo, ou fechando as portas para outros. Como no caso de Dona Udinha, começou a lutar por uma causa através da pastoral da criança, e esta causa a levou a fazer parte de Conselho de saúde. Ela conhece as mazelas dentro e fora dos aparatos institucionais. Como ela mencionou sobre as dificuldades enfrentadas pelos agentes de saúde; sobre o cansaço e desinteresse das pessoas em participar.

Vimos, então, no decorrer do acompanhamento do processo de participação, as múltiplas maneiras que este pode ser usado e recriado. Diversos são os protagonistas e diversos são os interesses que costuram práticas participativas dentro de um aparato estatal. A seguir, teremos uma breve descrição da Conferência Nacional de Saúde, que é a sequência deste ritual de participação. Como foi mencionado, o acompanhamento da Conferência Nacional foi realizado através de meios eletrônicos. Isso também nos fez pensar sobre a importância deste meio de comunicação, que vem contribuindo fortemente nas mobilizações sociais em todo o mundo.

#### **4.7 Fora do local, mas dentro da Rede: A XV Conferência Nacional de Saúde (CNS)**

A Conferência Nacional de Saúde foi acompanhada pelas redes sociais. Este tópico foi desenvolvido a partir de registros realizados via internet, no site oficial do Conselho e das Conferências. Não é objetivo central do trabalho tratar sobre a comunicação em rede nos tempos da era digital. No entanto, ao perceber a inviabilidade de presenciar a Conferência Nacional de Saúde, os meios digitais, de comunicação em sites e em redes sociais, se tornaram importantes protagonistas no acompanhamento do processo. Assim, também, me fez pensar sobre os possíveis usos deste amplo instrumento de comunicação.

No nível da informação e da comunicação, as novas tecnologias tem um papel relevante para a formação de uma sociedade civil cada vez mais ampla e mundializada, Tanto o movimento altermundialização quanto as redes de movimentos específicos tem se beneficiado desses recursos, não só para a comunicação inter-rede, mas também na construção de uma rede de simpatizantes, de solidariedade e na formação de uma opinião pública mundial” e (ou) latino-americana, a partir de uma sociedade civil crítica. (SCHERER-WARREN, 2008 p. 513)

Ilse Scherer-Warren contribui fortemente para as teorias sobre os movimentos sociais no Brasil e na América Latina. Para a autora, os meios virtuais tendem a somar e fortalecer os momentos presenciais de articulação e organização. A forma virtual e a presencial de comunicação se complementam, na medida em que a primeira é mais ágil, mais ampla e, às vezes, com menos custos individuais; e a segunda é mais intensa, ainda que de mais difícil realização nos fóruns mais amplos. (SCHERER-WARREN, 2008 p.514)

O acompanhamento da Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizado através das redes sociais e da internet. Na Conferência Nacional, não foi possível participar, presencialmente, por vários motivos. Além da falta de recursos próprios

para ir a Brasília, não consegui há tempo um convite para ir com os delegados eleitos. Conversei com um conselheiro nacional, na Conferência Estadual, e ele me disse: “... *ah se eu soubesse, poderia ter te nomeado pra ser relatora... agora, não tem mais vaga ...*”.

Após uns dias, houve uma abertura de inscrição nacional para “participantes livres”. As vagas eram limitadas, somente 98 vagas. A inscrição era via internet e, segundo as informações que recebi, seria muito concorrido. Fiquei na frente do computador aguardando o momento que iriam abrir as inscrições. Pelo regulamento, as 98 primeiras seriam aceitas, sem outro tipo de critério de seleção. A inscrição foi realizada, mas fiquei na fila de espera. Embora não tenha participado presencialmente em Brasília, foi possível acompanhar alguns acontecimentos pelas redes sociais. Seguimos essa análise, ligada aos usos que os atores sociais fazem e recriam deste processo.

O conselheiro nacional de saúde que entrevistei em Aracaju comentou sobre sua trajetória e as conferências nacionais, sobre o papel do Conselho Nacional.

*As coisas que aconteceram na conferência municipal de Aracaju, foram pouca coisa de controle social. Não é o que eu vejo no conselho nacional de saúde, o CNS já é outra, é totalmente diferente... A CM de Aracaju é toda problemática, até hoje tá aí que não saiu a eleição que foi maquiada. Teve eleição, mas até hoje não tomaram posse porque a lei não deixa ter eleição durante a conferência. E aí, tá até hoje com problema. Já a Conferência Estadual de Sergipe foi melhor, mas ela não foi boa... é sempre uma briga... O Conselho Nacional de Saúde explodiu a cabeça da gente, eu tenho uma coisa que eu digo, eu sou uma pessoa antes da residência, sou uma pessoa antes do CNS e sou outro depois do CNS”. (Dalmare Conselheiro Nacional de Saúde)*

Segundo o site oficial da CNS, esta contou com 3.248 delegados; 974 convidados e 98 participantes livres. Sendo que o Estado de Sergipe elegeu 60 delegados para representar o Estado e levar todas as propostas aprovadas na Conferência Estadual. Diante dessa circunstância, passei a buscar formas de acompanhar a conferência por meio da internet e das redes sociais, como o site da

Conferência e pela página no “facebook”: “Construindo a XV Conferência Nacional de Saúde”. Nestes, estavam disponíveis vários materiais como o *Documento Orientador de Apoio aos Debates*; reuniões a serem realizadas; e o convite para o Ato em Defesa do SUS, a ser realizado durante a CNS. Publicaram, desde a primeira nota no Diário Oficial da União, que decreta a convocação para a realização das Conferências de saúde, os momentos da Conferência e o documento final das propostas.

A internet tem sido um veículo muito usado e muito discutido nos últimos anos. Cada vez mais, as pessoas fazem uso deste instrumento de comunicação para diversos fins. Alguns têm uma visão positiva e outros, negativa. A chamada era digital vem gerando controvérsias, pois as pessoas estão gastando mais tempo com computadores e celulares do que com outras pessoas, como familiares e amigos.

Para Almeida (2018), as práticas individualistas e narcisistas são fortemente alimentadas na internet. A autora lembra que a internet não é constituída unicamente por práticas narcísicas, mas afirma que é em sua maioria, especialmente, em redes sociais como o “facebook”. “Como uma grande vitrine, essa rede social – com seus mais de um bilhão de usuários no mundo – tem servido como um reflexo das manifestações narcísicas contemporâneas de contemplação física e intelectual...” (ALMEIDA, 2018p. 13).

Por outro lado, têm-se diferentes maneiras consideradas positivas do uso deste instrumento de comunicação, como a agilidade de informação em ampla escala; ajuda a amenizar as distâncias de quem mora longe da família; possibilita intercâmbios acadêmicos, entre muitos outros. Também permite que as pessoas tenham mais autonomia em suas opiniões e tem contribuído muito na organização de movimentos sociais e outras formas de mobilização.

Estamos trabalhando, nesta tese, com a noção de uso que se faz de um determinado aparato, neste caso, o que envolve o processo de participação. Nesse mesmo sentido, a internet também é usada de diferentes maneiras. É, ao mesmo tempo, tanto ferramenta de vitimização quanto de empoderamento, no caso de agressores e de mulheres, por exemplo. O movimento “*Me Too*”, criado pela americana Tarana Burke em 2006, é um grande exemplo de outros usos que se pode fazer com a internet. O movimento foi uma forma de apoiar e encorajar jovens negras a falarem sobre a violência vivida e a não se sentirem sozinhas, que poderiam

e deveriam falar, denunciar. Burke percebeu a necessidade de começar o movimento depois que uma jovem negra lhe contou ter sido abusada sexualmente pelo namorado de sua mãe. A *# me too* se tornou uma manifestação em massa de apoio às mulheres que sofreram algum tipo de violência e a encorajá-las a denunciar, significando dizer que “não estão sozinhas”, “eu também”, “estamos juntas”.

No dia 15 de outubro de 2017, a atriz americana Alyssa Milano publicou, em seu Twitter, uma plataforma de rede social na internet, a hashtag “#MeToo”, dizendo: “se você já foi agredida ou assediada, escreva “Me Too” nos comentários deste tweet”. Em um dos comentários, foi sugerido que, se todas as mulheres que já sofreram algum tipo de agressão comentassem e escrevessem “Me Too”, poderia ser mostrada às pessoas a magnitude do problema. Esse tweet saiu alguns dias depois das investigações contra o produtor de Hollywood Harvey Weinstein. Em algumas horas, o “Me Too” se espalhou pela internet, e milhares de pessoas de todo o mundo usaram a internet para compartilhar suas experiências. Em poucos dias, 40 milhões de pessoas responderam diretamente ao tweet, e mais de 12 milhões têm usado a hashtag na internet.<sup>27</sup> Com isso, o movimento “Me Too” passou a ser global e se espalhou rapidamente, repercutindo em uma mobilização em larga escala que encorajou mulheres na luta contra a violência.

Esse sentido amplo e paradoxal que os meios de comunicação em larga escala provocam produz sentidos e potencialidades diversas. O que os define é a intencionalidade que engrena o uso de um determinado instrumento. A internet, enquanto meio de divulgação e acesso à informação, tem se tornado um importante instrumento de emancipação e mobilidade social, visto que disponibiliza informações que antes eram disponíveis somente em grandes escolas, bibliotecas entre outros. Digamos, grosseiramente, que esse duplo sentido é caracterizado como um uso para o “bem” e outro para o “mal”, uma vez que organizações criminosas também fazem uso deste instrumento para melhor agenciar seus golpes.

Diante dessas reflexões acerca dos usos da internet, seguiremos a descrever a CNS a partir das informações disponíveis “*on line*” justamente para pensarmos

---

<sup>27</sup> Disponível em: <https://www.cbsnews.com/news/metoo-more-than-12-million-facebook-posts-comments-reactions-24-hours/>.

na utilização e no alcance em que esse instrumento de comunicação pode ter. Entendemos que não se pode comparar ou substituir esse instrumento com a presença física em um evento deste porte. Porém, é possível ter uma noção sobre as repercussões e sobre a forma como foi pensada e organizada a CNS, e para entender o ciclo deste processo de participação.

É importante notar que não foram encontradas informações e sites oficiais dos Conselhos de Saúde Municipal de Aracaju e Estadual de Sergipe. As informações encontradas do Conselho Municipal estão atreladas ao site oficial da Prefeitura de Aracaju, sendo que as informações são postas através de ofícios, editais e atas<sup>28</sup>. O Conselho Estadual possui uma página do *facebook*, onde estão postadas fotos de encontros e reuniões do Conselho, assim como algumas informações sobre outras atividades realizadas<sup>29</sup>. O Conselho Nacional, devido a sua proporção óbvia de abrangência nacional, possui seu site oficial, assim como o das Conferências realizadas, com informações, documentos e diversas publicações disponibilizadas.<sup>30</sup>

Para o acontecimento das Conferências, existem formalidades e protocolos a serem cumpridos em todas as instâncias do governo, começando pelo decreto do presidente da República. Desse modo, as conferências começam e terminam no âmbito federal, pois todas as instruções e normativas vêm do Conselho Nacional. Este é um ciclo oficial do processo de participação institucional que envolve todos os níveis da federação.

#### “DECRETO DE 15 DE DEZEMBRO DE 2014

Convoca a 15ª Conferência Nacional de Saúde. A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição, DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a 15ª Conferência Nacional de Saúde, a se realizar no período de 23 a 26 de novembro de 2015, em Brasília,

---

<sup>28</sup> [https://www.aracaju.se.gov.br/saude/conselho\\_municipal](https://www.aracaju.se.gov.br/saude/conselho_municipal).

<sup>29</sup> <https://www.facebook.com/www.conselhosaudesergipe.com.br>

<sup>30</sup> <http://conselho.saude.gov.br>; <https://www.facebook.com/ConselhoNacionalSaude>;  
[http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html)

Distrito Federal, com o tema: "Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas" e o eixo: "Direito do Povo Brasileiro".

Art. 2º A 15ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º As etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde serão realizadas no período de 9 de abril a 15 de julho de 2015, e as etapas estaduais no período de 16 de julho a 30 de setembro de 2015.

Art. 4º A 15ª Conferência Nacional de Saúde compreenderá etapa de monitoramento após o período de realização da etapa nacional de que trata o art. 1º.

Art. 5º O regimento interno da 15ª Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado mediante portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 6º As despesas com a organização e realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 15 de dezembro de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF<sup>31</sup>

Este decreto oficializa o acontecimento das Conferências em todo o Brasil. Com isso, cada estado, município e localidade iniciam as movimentações para a organização de suas respectivas Conferências. A partir deste primeiro passo, são criados os regimentos e o Documento Orientador, que é direcionado para todos os níveis a fim de direcionar as discussões e o formato que a Conferência deve seguir. O Documento Orientador de apoio aos debates explica as finalidades das Conferências realizadas em todo o Brasil, nas três instâncias de governo. Cada eixo temático é explicado, orientando como as discussões devem ocorrer. Seguem

---

<sup>31</sup> ([http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/Convocacao\\_15CNS\\_161214.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/Convocacao_15CNS_161214.pdf))

abaixo os primeiros parágrafos deste documento para se ter uma visão das intencionalidades que o documento carrega.

## **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**

### **Apresentação:**

“O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, deliberou pela realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS) em 2015 com o tema **“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”**. Uma temática que incorpora diferentes significados. Saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização. Saúde pública de qualidade, visando à superação das desigualdades, entre diferentes populações e regiões, à organização e à humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessidades dos usuários e ampliar o acesso. Cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a transformação das práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, a exemplo do racismo, sexismo e intolerância às diversidades; reafirmando, assim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação.

O Conselho Nacional de Saúde também reafirma o papel das conferências como processo político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo não devendo ser visto meramente como um evento. Diante disso, na 15ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS propõe incentivar o princípio da paridade de gênero, sem comprometer a paridade entre os segmentos; superar as barreiras de acessibilidade às pessoas com deficiência; e garantir acesso humanizado. Recomenda também a participação de movimentos sociais e populares não institucionalizados, conforme estabelece o Regimento da 15ª CNS.

O ano de 2015 será marcado pela realização de 14 conferências nacionais setoriais e temáticas, que mobilizarão mais de dois milhões de pessoas. Dentre diferentes perspectivas e diversos desafios, destacamos o de aproximar a agenda reivindicatória da sociedade à agenda dos governos eleitos.



O ambiente político-social em que acontecerão essas conferências é desafiador. O país enfrenta uma crise econômica e política que favorece propostas conservadoras e antidemocráticas, as quais colocam em risco os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais das últimas décadas. O momento exige o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na defesa da democracia e da cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas sociais, fruto da luta do povo brasileiro. Um balanço dos últimos 27 anos evidencia o quanto a situação de saúde da população brasileira melhorou após a criação do SUS. Contudo, problemas econômicos, políticos e sociais ainda não equacionados colocam em risco a sua consolidação. Ao mesmo tempo, o sistema tem sofrido ataques de setores conservadores e do mercado visando a sua destruição. Por isso, a defesa do Sistema Único de Saúde exige ação política firme e articulada. É preciso impedir a desconstitucionalização do SUS!

Como resultado, espera-se ampliar a representação dos sujeitos participantes; melhorar a organização e o formato das etapas deliberativas; reduzir e qualificar o número de deliberações; e, estrategicamente, aprovar prioridades dentre as diretrizes e ações que possam influenciar e incidir na formulação dos Planos de Saúde e Planos Plurianuais dos governos eleitos para o período 2016-2019.

As prioridades aprovadas na 15ª CNS, que comporão a agenda dos próximos quatro anos e definirão o campo de atuação do controle social na saúde, deverão ser monitoradas em todas as instâncias de gestão. Vale ressaltar que, por meio das conferências de saúde, a população pode promover mudanças e melhorar o Sistema Único de Saúde, a começar pela realidade local...”<sup>32</sup>

São fascinantes e encantadoras as palavras que descrevem esse processo de participação e a forma que mobilizam os participantes. Nas redes sociais, a mobilização estava a todo momento sintonizada com os acontecimentos na

---

<sup>32</sup>

[http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15\\_Documento\\_Orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf)

Conferência Nacional de Saúde, como também as notícias sobre o SUS. Todo este material citado nesta parte do trabalho está disponível na internet.<sup>33</sup>

As informações são importantes para que a participação aconteça e, principalmente, para que se criem outras formas e estratégias de participação. A educação e a participação têm uma relação íntima, precisa e necessária nesse processo. Os trâmites burocráticos e institucionais confundem e desanimam as pessoas mais “comuns” de participar. Somente quem já faz parte deste mundo de negociações e articulações no âmbito da saúde permanece, deixando o processo de participação mais seletivo e excludente.

A relação entre educação e participação<sup>34</sup> é algo que deve ser sempre considerado, devido às influências em que a educação tem sobre a participação. Percebeu-se que, mesmo com as noções de democracia e cidadania que permeiam a construção das políticas públicas, a participação demanda um nível de informação e instrução por causa dos confusos caminhos burocráticos. A confusão e o descompasso causados por isto provocam desmotivação e descrença em defender os direitos por essas vias de acesso institucionalizado. Por outro lado, isto também pode ser colocado em análise como indicativo das intencionalidades que esses processos carregam de não se efetivarem.

A educação está diretamente relacionada também com o acesso a informações. O próprio processo de participação também possui uma função educativa, como mostrou Gleise Prado (2016), em seu estudo sobre os Conselhos gestores em Sergipe. A autora realizou uma pesquisa de levantamentos de dados importantes em relação à história e composição dos Conselhos, bem como as percepções de seus participantes. Prado comenta que muitos autores no âmbito da teoria da democracia participativa, em especial Carole Pateman, percebem na participação uma função educativa. Neste sentido, a educação promove e desenvolve as qualidades que são necessárias ao sistema participativo, pois a

---

<sup>33</sup> <http://conselho.saude.gov.br/>;

<sup>34</sup> Sobre esta relação, foi apresentado e publicado um trabalho intitulado “*Reflexões sobre educação e Participação: uma relação precisa e necessária*”, no X Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade nos dias 22 a 24 de setembro de 2016 na Universidade Federal de Sergipe. Disponível em [http://anais.educonse.com.br/2016/reflexoes\\_sobre\\_educacao\\_e\\_participacao\\_uma\\_relacao\\_precisa\\_e\\_nec.pdf](http://anais.educonse.com.br/2016/reflexoes_sobre_educacao_e_participacao_uma_relacao_precisa_e_nec.pdf)

capacitação estaria vinculada com o tempo vivenciado nos trâmites participativos. (PRADO, 2016 p. 04).

A educação, assim como a saúde e demais áreas, está sempre nas pautas dos discursos eleitorais, pois carrega funções de chamar a atenção do eleitor. Indubitavelmente, um governo que se direciona mais a essas áreas terá boa receptividade pelos que delas necessitam. A saúde, educação e assistência são áreas que mais brasileiros precisam para viver melhor e para ter uma possibilidade de mobilidade social no futuro.

Participar do controle social nas políticas públicas requer um nível de informação que dificulta o envolvimento da maioria. Não somente isso, há um jogo de interesses para que essa participação realmente não seja efetivada. Por isso, as pessoas que participam precisam estar o tempo todo se informando e compreendendo o contexto desse jogo de interesses para poder se agenciar dentro do ambiente do qual participa. A relação da política com a educação é intrínseca e inevitável, tanto para perceber o ponto de vista de quem detém o poder maior de decisão, como os que reagem frente às situações de exclusão e desigualdade social.

As propostas colocadas nas conferências e as diretrizes finais aprovadas na CNS (tabela a seguir) são resultantes do processo de participação através das Conferências de saúde nos estados e municípios brasileiros. Essas propostas são frutos dos envolvimento e discussões que aconteceram desde pequenas localidades até os grandes centros urbanos, por meio de diferentes segmentos sociais, por trabalhadores e usuários do SUS e pelos gestores.

### 15 CNS Eixo 2 - Participação Social

Numeração	Diretrizes Aprovadas	% de Votação
	<b>Diretrizes Aprovadas nos Grupos de Trabalho</b>	
Diretriz 2.5	Fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social e fomentar a participação social, em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã e o caráter deliberativo dos Conselhos de saúde.	86,7%
Diretriz 2.4	Defender incondicionalmente o SUS público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado, contra todas as formas de privatização, reiterando o texto constitucional que define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.	86,5%
Diretriz 2.2(a)	Fortalecer as instâncias de Controle Social, especialmente as Conferências e Conselhos de Saúde, como espaços estratégicos de gestão participativa, garantindo o caráter autônomo, paritário, democrático e deliberativo na formulação de políticas para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum.	85,8%
Diretriz 2.1	Fortalecer a participação social em todas as políticas públicas, ampliando os canais de interação com a população, com transparência e participação cidadã.	85,7%
Diretriz 2.3	Implementar, efetivar e monitorar a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, conforme a resolução 363/2006 do CNS.	85,1%
Diretriz 2.6	Efetivar as instâncias de controle social e articulá-las entre si para o fortalecimento da participação social cidadã em todas as políticas com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais resolutivas.	83,3%
Diretriz 2.2 (b)	Garantir o fortalecimento e estruturação do Controle Social de acordo com as Leis Orgânicas da Saúde.	72,3%
	<b>Diretriz Aprovada na Plenária Final</b>	
Diretriz 2.7	Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	81,0%

Fonte: [www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/noticias/pdf/95b047b825f37077073d2f300716d9b3.pdf](http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/noticias/pdf/95b047b825f37077073d2f300716d9b3.pdf)

No que tange ao eixo sobre a participação, as propostas são voltadas para o fortalecimento, efetivação e ampliação dos espaços para que o controle social possa ser exercido. Este é considerado um mecanismo importante para garantir que o SUS permaneça com seu caráter público, gratuito e universal. As demais diretrizes aprovadas são compiladas para compor o Plano Nacional de Saúde, que deverá ser considerado dentro da agenda governamental. Os governos devem se basear neste plano e, juntamente aos seus respectivos Conselhos, colocar em prática as propostas.

O Plano Nacional de Saúde é resultado (ou pelo menos deve ser) dos processos de participação desde o nível das Pré-conferências municipais. Nele, deve conter o reflexo das propostas discutidas em todo o país através das Conferências locais, municipais, estaduais e a nacional. Este documento deve ser seguido pelo poder público e fazer parte das agendas governamentais. Há uma demanda financeira e crises periódicas que barram constantemente o cumprimento do que foi proposto, além da falta de vontade política em efetivar as propostas.

Segue abaixo o Plano Nacional de Saúde divulgado pelo CNS depois das Conferências.

### **“CNS aprova Plano Nacional de Saúde 2016-2019**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou nesta quinta-feira (07) o Plano Nacional de Saúde 2016-2019. O documento, que contém eixos e diretrizes a serem seguidos pelo Poder Público, está em consonância com o processo de debates que o Ministério da Saúde estabeleceu com o Conselho ao longo do ano de 2015.

O novo Plano contempla a maior parte das deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015. Com a aprovação do Plano Nacional de Saúde, o detalhamento das despesas nas leis orçamentárias a serem editadas anualmente no triênio 2016-2019 deverão detalhar as despesas de forma a compatibilizar esses eixos e diretrizes.

A preocupação quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) se destaca entre os eixos elencados. Com propostas que colocam em risco os recursos da saúde pública, como a PEC 241/2016 (estipula teto para investimentos em saúde) e a PEC 143/2015 (desvincula receitas da União na área de saúde e educação), o Plano quer garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.

O fortalecimento do Controle Social no SUS é outro eixo importante. Para isso, o plano quer garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã. *“O SUS é patrimônio do povo brasileiro e não se pode aceitar qualquer retrocesso em sua execução. A defesa da saúde pública é uma luta suprapartidária e, por isso, acreditamos nos eixos e diretrizes aprovadas”*, destacou Ronald Santos, presidente do CNS.

### **EIXOS E DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2016-2019**

## **EIXO: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade**

### **DIRETRIZES:**

- Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.
- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
- Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adultos e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

## **EIXO: Participação e Controle Social**

### **DIRETRIZES:**

- Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
- Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

## **EIXO: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde**

### **DIRETRIZ:**

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

## **EIXO: Financiamento do SUS e Relação Público-Privado**

### **DIRETRIZES:**

- Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.

- Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

### **EIXO: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde**

#### **DIRETRIZES:**

- Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.
- Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação.
- Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras.
- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.

### **EIXO: Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS**

#### **DIRETRIZES:**

- Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.
- Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.

### **EIXO: Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS**

#### **DIRETRIZ:**

- Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.”<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup>[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/07jul07\\_CNS\\_aprova\\_Plano\\_Nacional\\_Saude\\_2016\\_2019.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/07jul07_CNS_aprova_Plano_Nacional_Saude_2016_2019.html)

As diretrizes aprovadas são instrumentos importantes e refletem as necessidades e demandas que correspondem ao contexto micro e macrosocial do país. Tais propostas estão envolvidas em ações de fortalecimento, ampliação, aprimoração, promoção e ações que garantam a qualidade dos serviços e dos acessos ao sistema de saúde. As propostas nos revelam um duplo sentido. Um que mostra as necessidades ainda muito presentes, como também, nos diz em como os governos têm considerado tais propostas. As propostas estão todas vinculadas em ações que evitam o desmonte do SUS e dos direitos de cidadania. Direitos estes, considerados básicos pela Constituição Federal, devidamente reivindicados oficial e legalmente.

Como mencionado na introdução das diretrizes, um dos pontos principais que foram destacados, além do fortalecimento do controle social, foi a preocupação com o financiamento do SUS, pois a Proposta de Emenda Constitucional, PEC 241, prevê congelamento e cortes dos recursos destinados à saúde. As entidades participativas estão cientes dos perigos que ameaçam o sistema de saúde. As propostas refletem as deficiências no sistema de saúde e as mazelas decorrentes da falta de investimento, de cuidados e compromisso por parte do serviço público em garantir o direito básico à saúde.

Para lembrar, a PEC 241 é basicamente o congelamento da “despesa primária total” do governo federal por 20 anos. Os gastos serão limitados ao valor gasto no ano interior, corrigido pela inflação. As transferências constitucionais da União para Estados e Municípios ficam fora do limite, assim como os créditos extraordinários, as despesas com eleições e despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. A PEC 241 prevê que, caso ocorra o descumprimento do limite, cada instância deverá congelar o gasto com servidores, impedindo reajustes, planos de carreira e novos concursos públicos. Assim, esta ementa prevê que os pisos dos recursos para a saúde e educação que eram



relacionados à arrecadação tributária, agora, passarão a ser reajustados apenas pela inflação.<sup>36</sup>

Em números, isso quer dizer que a saúde pode perder 12 bilhões em 2017/2018. As mudanças no critério das despesas em saúde são advindas do governo pós-impeachment da presidenta Dilma Rousseff. A proposta chamada pelo governo Temer de “Novo Regime Fiscal” propõe tais mudanças e congelamentos que comprometerão e, gradativamente, diminuirão os orçamentos destinados à área da saúde e educação. O objetivo é de fazer a PEC passar a valer a partir de 2017, quando passarão a valer as despesas primárias computadas em 2016, corrigidas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que é publicado anualmente pelo IBGE. Nesta sequência, o valor será definido pelo limite praticado no ano anterior corrigido por esta variação do IPCA.<sup>37</sup>

Em nota emitida em outubro de 2016, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) lamenta as consequências deste novo regime fiscal. As mobilizações dos Conselhos de saúde na Câmara dos Deputados<sup>38</sup> têm se tornado mais intensas para que esta emenda não seja levada adiante. No entanto,

A proposta estabelece que a partir do exercício financeiro de 2017, as aplicações mínimas de recursos federais para saúde deverão corresponder, no exercício financeiro seguinte, às aplicações mínimas do exercício anterior, corrigidas pelo IPCA. As perdas sociais são claras com a desconsideração do crescimento e o envelhecimento da população, do aumento de doenças crônicas, da necessidade de incorporação de novas

---

<sup>36</sup> Informações retiradas do site <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/55a-legislatura/pec-241-2016-novo-regime-fiscal/documentos/audiencias-publicas/MariaLuciaFattorelli.pdf>

<sup>37</sup> <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=f9347b1dacab8365fc8a8cba595c630b>

<sup>38</sup> “Várias ações junto à Câmara dos Deputados têm sido realizadas, sempre levando dados e informações para que todos os congressistas conheçam os reais riscos que corre o financiamento da saúde e, em última análise, a população. Parcerias foram estabelecidas com instituições de representação de gestão dos direitos sociais e da educação, entre as quais União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação – UNDIME - e o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social – CONGEMAS - e ainda com a Ordem dos Advogados do Brasil (e 40 outras entidades), com a assinatura de carta à Presidência da República, contendo recomendações, notadamente de exclusão dos efeitos da PEC sobre a área da saúde”. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/nota/notas-contr-a-pec-241/>

tecnologias, das ações e serviços de saúde dedicados a combater agravos inusitados, novas e inesperadas doenças. A despeito de um incremento de R\$10 bilhões para o ano de 2017, as projeções apontam para uma perda média na saúde, entre 2020 e 2036, de R\$26 bilhões por ano.<sup>39</sup>

Bresser-Pereira afirma que as medidas adotadas desmontam o “Estado Social” brasileiro e que a situação em que o país está passando se trata de uma inversão da luta de classes. Esta é a característica neoliberal de governar, onde o objetivo geral é reduzir os salários diretos através de reformas trabalhistas e indiretos, através da redução do estado como está se fazendo com a PEC 241. “Um capítulo impressionante dessa luta de classes de cima para baixo está hoje sendo travado no Brasil através da PEC 241. Com o aumento da população e do PIB, os recursos para esses dois fins necessariamente se reduzirão em termos percentuais do PIB e em termos per capita”. (BRESSER-PEREIRA, 2016)<sup>40</sup>

A movimentação do Conselho Nacional de Saúde e durante as Conferências realizadas em todo o Brasil foi de alertar e lutar contra a efetivação dessas medidas que diminuem direitos sociais e os recursos destinados para áreas de extrema relevância como a saúde e a educação. Todas essas propostas reunidas são os resultados das Pré-conferências locais, Conferências Municipais e Estaduais, terminando, assim, com a Conferência Nacional. As reuniões dos Conselhos ocorrem, durante todo o ano, mesmo não sendo este, ano de Conferência. A função do Conselho basicamente é acompanhar se este plano está sendo colocado em prática e fiscalizar ações que garantam o direito à saúde, conforme as diretrizes que regem o SUS, como a integralidade, equidade e universalidade.

O SUS é considerado jovem, com seus quase 30 anos de histórias de movimentos sociais e de segmentos interessados em manter o SUS público, gratuito

---

<sup>39</sup> CONASEMS em nota de repúdio à PEC 241 <http://www.conasems.org.br/nota/notas-contr-a-pec-241/>

<sup>40</sup> Informações disponíveis na página do autor no *facebook*, [https://www.facebook.com/bresserpereira/posts/1271316776243504?\\_tn=\\_K-R](https://www.facebook.com/bresserpereira/posts/1271316776243504?_tn=_K-R), postado no dia 09 de outubro de 2016. E também em <https://analisedeconjuntura.blogspot.com/2016/10/bresser-pereira-pec-241-e-o-desmonte-do.html>.

e, acima de tudo, manter a saúde como um direito de todos. Todas essas propostas são reações às ameaças constantes em desmontar o SUS e a querer que, cada vez mais, a saúde se torne um bem privado do que um bem público. O processo de participação atua, embora com seus diferentes usos e sentidos, para que esses espaços continuem sendo engrenagens de manutenção e melhorias de um sistema de saúde universal. A saúde como direito é uma conquista dos movimentos sociais e que está constantemente sendo reforçado com esses processos de participação em todo o país.

Durante todas as Pré conferências e Conferências que acompanhei, percebi que podemos participar desses eventos abertamente, assisti-los, mas entramos e saímos como invisíveis. Somente quem já tem uma articulação, um nome conhecido e uma função específica é que pode se agenciar melhor nesses meios. Os anônimos são poucos, há sempre alguém que está representando os interesses de outrem. Uns mais articulados, outros menos, vai depender do poder e influência que possuem. Nos níveis locais e municipais, as reivindicações parecem ser tão precárias que o que é reivindicado e discutido é o que já deveria ter sido feito, como obrigação mínima do município, e que não eram para chegar a ser pauta de discussão. Os tipos de propostas colocadas nas Conferências têm muito a nos dizer sobre o funcionamento do sistema de saúde. Elas mostram um nível de carência gigantesco que desloca a atenção da participação para detalhes minúsculos do cotidiano do funcionamento institucional, ao invés de ampliar o controle social propriamente dito e contribuir para o avanço das políticas públicas. Ao invés de servir como acelerador de desenvolvimento de políticas públicas, de crescimento econômico e social baseados na equidade e inclusão, na maioria das vezes, os Conselhos e as Conferências precisam atuar como freios, aos interesses governamentais em diminuir os gastos públicos com a garantia dos direitos constitucionais.

## **2. DENTRO, MAS SEMPRE DE FORA: uma reflexão sobre a condição das mulheres e o processo de participação**

Este é um capítulo sobre a participação das mulheres e a problematização do lugar que ocupam politicamente. “Dentro, mas sempre de fora” descreve esse lugar, que é mais ocupado no nível de atendimento primário, perto de suas localidades e ambiente doméstico do que nas altas posições de decisões políticas e governamentais. As mulheres estão presentes, ainda de fora, sendo a minoria a ocupar cargos de chefia, de decisões e assim por diante.

A participação das mulheres tem grande repercussão. O engajamento acontece em todos os níveis. A limitação dos cargos de decisões ocupados pelas mulheres é fruto de uma cultura ainda patriarcal, que reproduz a desigualdade de oportunidade entre homens e mulheres. As mulheres aparecem neste trabalho de diferentes maneiras, mas com uma intencionalidade bastante marcante. Elas estão dentro, engajadas, participativas, articulando formas de lutar pelos direitos, por respeito e justiça. Em relação ao reconhecimento do seu trabalho, em relação a cargos de decisões, chefias, presidências, elas ainda estão de fora, sendo minoria. A relação entre as mulheres e o cuidado à saúde tem levado estas a ocuparem os lugares destinados às reivindicações de melhorias nas condições de atendimento.

As mulheres do campo de pesquisa percorrem caminhos diferentes no processo de participação. Em nível de bairro e Conselho Local de Saúde, elas representam a maioria. No entanto, historicamente, vivenciamos a ausência das mulheres, ou sua minoria, no que diz respeito a cargos governamentais. Mesmo com os avanços presenciados, somente 10% dos governos mundiais são chefiados por mulheres<sup>41</sup>. Analisando as fotografias do campo de pesquisa, fui percebendo um número muito maior de mulheres participando nas conferências. No Brasil, a diferença entre o governo de Dilma (2011-2016) e de Temer (2016-2018) repercutiu grandes discussões nas redes sociais, pelo fato de, no governo Temer, não ter a

---

<sup>14</sup> Maiores informações disponíveis em [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/01/150112\\_governos\\_mulheres\\_gch\\_cc](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/01/150112_governos_mulheres_gch_cc)

presença de mulheres, enquanto que, no de Dilma, as mulheres estiveram mais presentes, assumindo cargos importantes de decisão governamental.

*Diferenças entre governos.*



Fonte: <http://jornalmulher.com.br/wp-content/uploads/2016/05/Minist%C3%A9rio-de-Dilma-e-Temer.png>

Analisando as fotos, podemos perceber as diferenças nas intencionalidades dos governos Dilma e Temer. Uma com várias mulheres, inclusive tendo a figura do presidente, uma mulher; e no outro, somente homens que tomaram o poder após o impeachment. Em setembro de 2015, o presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, aceitou encaminhar as denúncias de crime de responsabilidade contra a então presidenta Dilma. Em agosto de 2016, houve o impeachment

cassando o mandato de Dilma que havia sido reeleita com 51, 64% dos votos, tendo sido considerada a eleição mais acirrada até então. Diante de inúmeros acontecimentos que levaram a processos de escândalos de corrupção e as chamadas “pedaladas fiscais”, foi considerado, pelos partidos de esquerda e apoiadores de Dilma, por intelectuais, jornalistas, ativistas, entre outros, um golpe. A presidenta Dilma havia sofrido em golpe articulado como não aceitação do resultado das eleições, e por muitos dos envolvidos na operação lava-jato estarem correndo risco de serem delatados, inclusive o presidente da Câmara<sup>42</sup>. Dessa forma, as mudanças no novo governo assumido pelo vice-presidente Michel Temer trouxeram retrocessos nas políticas sociais de igualdade de gênero e direito das minorias.

Vejamos a seguir duas fotos do campo de pesquisa, nas quais aparecem as mulheres, em sua maioria, mulheres comuns, que buscam alternativas nas melhorias do atendimento à saúde em seus bairros. Os registros fotográficos nos mostram uma participação efetiva das mulheres, estando dentro do processo de participação, fazendo parte de ações importantes para a garantia da democracia e dos direitos sociais.

As Conferências foram realizadas nesse momento de transição entre governos de diferentes intencionalidades. Por isso, foram marcadas por propostas e articulações contra ações governamentais que favorecem a terceirização e o desmonte do SUS. Estes foram pontos discutidos e os quais mostram as ameaças que o sistema de saúde e o país estariam passando. As fotos demarcam situações extremas em que as mulheres são a maioria em processos de participação local, no nível de atendimento primário de saúde, e são a minoria, no que tange a cargos de

---

<sup>42</sup> Existem muitas informações na internet a respeito do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Para maiores informações, acessar <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37235145>; <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/impeachment-dilma-rousseff.htm>; [https://brasil.elpais.com/tag/dilma\\_rousseff](https://brasil.elpais.com/tag/dilma_rousseff). Muitos trabalhos também foram publicados e estudiosos acadêmicos têm estudado os acontecimentos recentes no Brasil após a cassação do mandato de Dilma, assim como a prisão do presidente Lula e a eleição do futuro presidente do país, Jair Bolsonaro em 2018. Muitos professores de universidades no Brasil elaboraram disciplinas sobre o golpe de 2016, tendo alguns deles sofrido ameaças e proibição de colocar em prática tal curso. Para maiores informações a este respeito, consultar, também, <https://www.revistaforum.com.br/mariafro/2016/08/19/pequena-bibliografia-para-entender-o-golpe/>; <https://www.pucsp.br/neamp/downloads/O-golpe-de-2016.pdf>; [https://www.researchgate.net/publication/309034708\\_O\\_Golpe\\_de\\_2016\\_no\\_Brasil\\_e\\_os\\_BRICS](https://www.researchgate.net/publication/309034708_O_Golpe_de_2016_no_Brasil_e_os_BRICS); <http://www.bresserpereira.org.br/terceiros/2016/junho/16.05-Foi-golpe-Michael-Lowy.pdf>.

decisões governamentais. Veremos que, na descrição do campo, as mulheres estão sempre presentes, e é sobre esta presença que iremos refletir neste tópico.

*Grupo de Discussão na Pré-conferência do Bairro Coroa do Meio*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

### *Pré-Conferência do Bairro Coroa do Meio*



Fonte: Registro do campo de pesquisa – Virginia C. S. Alexandre. 2015

É importante analisar a relação entre o protagonismo das mulheres nos debates sobre saúde pública, as instâncias institucionais de participação e o desenvolvimento social. Este tripé sustenta práticas de cuidado à saúde, que buscam a emancipação e autonomia das mulheres. A pesquisa mostrou que as mulheres atuam em diversos espaços para além do seu ambiente doméstico, a fim de buscar melhorias na sua qualidade de vida. Estas melhorias são pensadas em diversos âmbitos e espaços, especialmente em suas localidades e residências. Nesse sentido, as mulheres mais engajadas nessa dinâmica participam visando a uma conquista por direitos coletivos e não somente ascensões individuais.

Podemos perceber, nos programas eleitorais, em fotos de parlamentares em diferentes países e na foto acima do governo Temer, que aparecem mais ternos pretos do que blazers coloridos, ao contrário da foto com a então presidenta Dilma. A porcentagem de mulheres presentes nos postos de poder e decisão é sempre inferior à dos homens. Mesmo tendo crescido nos últimos anos, o Brasil se encontra



no ranking desfavorável à igualdade de gênero. Segundo o *Global Gender Report* (2016), no geral, de 144 países, o Brasil está na posição 79. Sendo que, no quesito de participação e oportunidade econômica, o ranking do Brasil é de 91. Da mesma forma, algumas profissões e cargos de empresas ainda carregam traços das desigualdades de gênero. Para Susan Sherwin, poucas mulheres possuem posições e cargos que reflitam qualquer nível de autoridade ou poder político, e muitas estão empregadas em trabalhos que não as oferecem reais oportunidades para se efetivar e crescer profissionalmente.<sup>43</sup>

De diferentes maneiras, pode-se afirmar e visualizar que as mulheres estão se movimentando de duas formas: de um lado, elas são protagonistas de um engajamento político em seu entorno, participantes de iniciativas locais por melhoramento de qualidade de vida; e, em paralelo a este movimento, estão lutando por romper com os mecanismos que as impossibilitam de ultrapassar barreiras e ir para além do âmbito local. Em outras palavras, as mulheres precisam, ao mesmo tempo, se fortalecer enquanto categoria social e criar mecanismos de enfrentamento às forças que as oprimem. É um esforço duplo, além de todas as funções impostas socialmente pelo fato de serem mulheres.

Suzanne Schneider (2010) aponta, em seu estudo sobre as iniciativas comunitárias e as reformas em saúde no México, que as mulheres estão, apesar de todos os empecilhos de limitações econômicas e sociais, encontrando maneiras de se engajar em algum grupo relacionado ao cuidado à saúde. Preocupadas inicialmente pela saúde dos filhos e pela sua própria saúde, as mulheres participam ativamente buscando informações e estratégias de tratar melhor sua própria condição de saúde, que, neste caso, está sempre relacionada a fatores de opressão, falta de conhecimentos e visibilidade. A participação das mulheres tem repercussão nas políticas públicas locais e seu engajamento muda significativamente alguns dos anseios que são compartilhados por todos em suas localidades. (SCHNEIDER, 2010 p. 140)

---

<sup>43</sup> “Few women hold positions that reflect any degree of authority or political power, and most are in jobs that have no real opportunities for advancement or seniority”. (SHERWIN, 1992 p. 14).

Cynthia Miranda (2014) aponta em seu estudo sobre igualdade de gênero na política, que o movimento feminista foi o fenômeno mais subversivo no século XX. “Por sua ruptura paradigmática com uma cultura política profundamente autoritária e excludente para as mulheres e outros atores não-hegemônicos” (MIRANDA, 2014 p.05). Segundo a Organização das Nações Unidas, as mulheres estão subrepresentadas como eleitoras e em posições de liderança, seja em cargos eletivos, de serviços públicos, no setor privado ou no âmbito acadêmico. Isso ocorre apesar de suas habilidades comprovadas como líderes e agentes de mudança, e de seu direito de participar igualmente na governança democrática.

As mulheres enfrentam inúmeros tipos de obstáculos à participação na vida política. Os obstáculos estruturais, por meio de leis e instituições discriminatórias, ainda limitam as opções das mulheres de votar ou concorrer a um cargo. Em linhas gerais, o imaginário determina lacunas de capacidade que significam que elas são menos prováveis do que homens de ter a educação, os contatos e os recursos necessários para se tornarem líderes eficazes. Como destaca a Resolução de 2011 sobre participação política das mulheres da Assembleia Geral da ONU,

Mulheres em todas as partes do mundo continuam a ser marginalizadas na esfera política, muitas vezes como resultado de leis discriminatórias, práticas, atitudes e estereótipos de gênero, baixos níveis de educação, falta de acesso à saúde e também pelo efeito desproporcional da pobreza nas mulheres” (ONU MULHERES, 2011).

O período colonial, os ideais burgueses, o processo de urbanização e industrialização foram definidores e produtores de ideais que conduziram modos de agir e de pensar de vários segmentos sociais e, inclusive, do que é ser mulher. Segundo Araújo, os ideais cristãos influenciaram fortemente a vida das mulheres: “a mulher estava condenada, por definição, a pagar eternamente pelo erro de Eva”. As mulheres sofriam de um “adestramento” da sexualidade, deviam obediência e respeito ao pai e depois ao marido, além de possuir habilidades exclusivas para os afazeres domésticos. “A mulher podia ser mãe, irmã, filha, religiosa, mas, de modo algum, amante”. (ARAÚJO, 2009 p.73).

As mulheres sofriam e ainda sofrem por moralidades impostas pelos homens. Venâncio (2009) coloca que, no Período Colonial, muitas abandonavam seus filhos por razões de pobreza e condenação moral às mães solteiras. O mesmo autor coloca que “a escravidão e a miséria deixaram como herança séculos de instabilidade doméstica” e que, com essas mudanças, a família brasileira foi sendo reinventada, mas que os valores morais impostos sob as mulheres permaneciam mudando apenas de cenários socioeconômicos.

Com o surgimento da mentalidade burguesa do século XIX na sociedade brasileira, ocorre, segundo D’Incao (2009), o “nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família burguesa, agora marcada pela valorização da intimidade e da maternidade”. Segundo a mesma autora, o sucesso da família passa a depender exclusivamente da mulher tanto em nível de prestígio social como “empurrar o status do grupo familiar mais para cima”. Então passa a ser reforçada a ideia de que ser mulher é ser mãe dedicada e atenciosa, “um ideal que só podia ser plenamente atingido dentro da esfera da família burguesa e higienizada”. (D’INCAO, 2009 p.229)

As mulheres vêm passando por diferentes faces de um controle das emoções. Segundo Falci (2009), “o feminino ultrapassa a barreira das classes”. Embora o ideal de mulher-mãe doméstica tenha sido enfatizado pela classe burguesa, este chegava até as de camadas pobres. Estas mulheres de camadas mais pobres sempre trabalhavam. A história nos mostra que, desde o início da colonização, as mulheres eram maioria na roça e trabalhavam lado a lado com homens e crianças. Além de serem responsáveis pelo trabalho doméstico, essas sempre tinham uma jornada de trabalho maior que a dos homens e, mesmo assim, sofriam pelos julgamentos morais e inferioridade perante os homens, Igreja, vizinhos e pelas próprias mulheres.

No final do século XIX para o século XX, o processo de urbanização do país veio ressaltar as responsabilidades morais e a necessidade de trabalho das mulheres. Segundo Soihet, “As mulheres pobres viviam de acordo com padrões que pautavam a conduta feminina nas camadas mais favorecidas da população. Em geral, trabalhavam muito, não estabeleciam relações formais com seus companheiros, e não correspondiam aos ideais dominantes de delicadeza e recato” (SOIHET, 2009 p. 371). Segundo a mesma autora, essas eram consideradas

perigosas por serem pobres e eram sujeitas a constante vigilância; elas expressavam no comportamento suas condições concretas de existência, “além da violência física, sobre elas fez-se sentir igualmente, a violência simbólica dando lugar a incorporação de inúmeros estereótipos” (SOIHET, 2009 p. 398).

Segundo Rago, lidamos mais com a “construção masculina da identidade das mulheres trabalhadoras do que com a sua própria percepção de sua condição social, sexual e individual”. No início do século XX, as mulheres foram progressivamente expulsas e substituídas pela mão de obra masculina. “Assim, enquanto em 1872 as mulheres constituíram 76% da força de trabalho nas fábricas, em 1950, passaram a representar apenas 23%” (RAGO, 2009 p. 578).

Cabiam às mulheres as tarefas menos especializadas e mal-remuneradas. O “mundo do trabalho” era considerado uma ameaça à honra feminina e que, com isso, as mulheres deixariam de ser “mães dedicadas e esposas carinhosas”, afirma Rago. Essa mesma autora coloca que “ser mãe, mais do que nunca, tornou-se a principal missão da mulher num mundo em que se preocupava em estabelecer rígidas fronteiras entre a esfera pública definida como essencialmente masculina, e a privada, vista como lugar natural da esposa-mãe-dona de casa e de seus filhos” (RAGO, 2009 p. 580).

A ideologia da maternidade foi revigorada pelo discurso masculino: ser mãe, mais do que nunca, tornou-se a principal missão da mulher num mundo em que se preocupava estabelecer rígidas fronteiras entre a esfera pública definida como essencialmente masculina, e a privada, vista como lugar natural da esposa-mãe- dona de casa e de seus filhos”. (RAGO 2009, p.305)

Então, a figura de “mãe cívica” passa a ser ressaltada como exemplo daquela que “preparava física, intelectual e moralmente o futuro do cidadão da pátria, contribuindo de forma decisiva para o engrandecimento da nação” (Rago, 2007). As distinções entre os papéis femininos e masculinos continuaram nítidas. Nos anos 50, “a moral sexual diferenciada permanecia forte e o trabalho da mulher, ainda que

cada vez mais comum, era cercado de preconceitos e vistos como subsidiários do trabalho do homem, o chefe da casa” (BASSANEZI, 2009 p. 607).

Segundo Barbosa & Rocha-Coutinho, apesar de novas possibilidades terem aberto para as mulheres, antigas visões ainda prevalecem no discurso social como a “de que a realização da mulher passa obrigatoriamente pela maternidade”. Segundo as mesmas autoras “essa coexistência de exigências sociais distintas - as advindas da família e as decorrentes do trabalho – não é pacífica, e muitas mulheres buscam a melhor maneira de lidar com elas” (BARBOSA & ROCHA-COUTINHO, 2009 p.).

Segundo Jacquet (2003), as mulheres, através da busca por mobilidade social, representam grande parcela da população migrante para os centros urbanos. Na busca por melhorias e possibilidades de ascensão social, as mulheres deixaram o meio rural para serem empregadas domésticas em “casas de família”, com objetivos de melhores condições de vida e de busca por realização pessoal. Ao mesmo tempo em que elas buscam melhorias nas condições de vida, os significados e as construções sócio-históricas do “ser mulher” dificultam sua ascensão social, visto que o mundo do trabalho ainda coloca essas mulheres em condições menos privilegiadas.

Há muito o que ser olhado sobre a saúde e a participação através do cotidiano de mulheres. As trajetórias delas podem nos mostrar inúmeros aspectos sobre o funcionamento do atendimento à saúde. Os afetos, os cuidados, o convívio com determinadas pessoas e meios são também determinantes e condicionantes da saúde, os quais interferem no processo de participação. A reflexão sobre as mulheres e sobre o processo de participação tem algo de importante e precisa ser pensado. Algumas autoras nos ajudam a dar o suporte teórico sobre as diferenças de gênero que permeiam os ambientes institucionais, domésticos, de vizinhança e assim por diante. Michelle Perrot, em seu texto “*A Mulher Popular Rebelde*”, publicado em 1988, traz uma intrigante maneira de pensar a construção da história das mulheres. Ela diz: “no entanto, o que importa reencontrar são as mulheres em ação, mulheres dotadas de vida, e não absolutamente como autônomas, mas criando elas mesmas o movimento da história” (PERROT, 2009, p.187). Pensar na construção da história é pensar em como os acontecimentos ficam registrados. Para Michele Perrot, há muita coisa que fica longe dos escritos, como, por exemplo, a

história das mulheres, operários e prisioneiros. Nesse âmbito, não se trata somente de “dar a voz” aos supostos excluídos, mas problematizar tais acontecimentos e seu “pano de fundo” sócio-histórico.

Atualmente, a escala de mobilidade social das mulheres vem crescendo muito lentamente e de forma linear, o que mostra que as mulheres ainda têm dificuldades de ascensão na vida econômica e social. Os espaços que mais são ofertados para mulheres no mercado de trabalho ainda são os menos remunerados e os menos valorizados (LISBOA, 2004). O cuidado à saúde também carrega uma desvalorização por ser considerada uma atividade mais das mulheres do que dos homens. Elas carregam a gigantesca tarefa do cuidado e o pesado fardo da desvalorização e falta de reconhecimento. Todas as tarefas que envolvem o cuidar são destinadas às mulheres, em sua maioria. Essa “tarefa”, entretanto, carrega um potencial de empoderamento feminino, pois percebem essa prática como essencial para a vida.

Os estudos de Carol Gilligan têm demonstrado a importância do cuidado enquanto uma ética humana, que, por causa de uma sociedade patriarcal, vem sendo colocada como uma atividade somente das mulheres e subversivamente desvalorizada, desqualificada e subempregada. Essas possuem uma “voz diferente” no que concerne às intencionalidades que julgam ser importantes para o convívio em sociedade. A voz das mulheres deveria, segundo Gilligan, ser uma voz única, em que todos os seres humanos deveriam basear suas ações e relações sob a ética do cuidado. Ao passo que a voz das mulheres for uma voz diferente, significa que há, como parâmetro, uma voz normal, um padrão de ação e pensamento baseado no patriarcado e culturalmente reproduzido como se fosse algo natural de nossa condição humana.

Com a visão patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Com a visão democrática, o cuidado é uma ética humana. A ética feminista do cuidado é a voz diferente dentro da cultura patriarcal porque junta razão com emoção, mente e corpo, sujeito e relacionamento, homem com mulher, resistindo a divisão que mantém a ordem patriarcal.” (GILLIGAN, 2011 p.22)

A ética do cuidado seria uma porta aberta para o desenvolvimento humano, em termos de moralidade, de justiça e equidade. Resistir a “voz padrão”, masculina e superior, é uma constante na ética feminista. A sociedade patriarcal reafirma os dualismos e suas oposições desiguais, caracterizando uma hierarquia na qual os homens estão no topo e as mulheres no nível mais baixo. Os estudos de Gilligan, segundo Kunhen (2015), contribuem para se pensar na universalização do cuidado, das práticas de cuidado que devem ser praticáveis por todos, homens e mulheres, complementando forças e ações como princípios humanos e não julgadas por diferenças de gênero.

Por que o cuidado está sempre sendo colocado como secundário, desvalorizado e como algo unicamente intrínseco das mulheres? Somente uma análise através da cultura patriarcal para explicar tal fenômeno que, ao invés de potencializar as práticas de cuidado, vem a colocando como algo inferior e subalterno. Podemos pensar nos motivos que explicam por que as políticas públicas vêm sempre sendo colocadas em segundo plano, como os investimentos nos âmbitos de educação e saúde, que caracterizam o cuidado e a atenção que os governos deveriam dispor aos cidadãos.

As discussões sobre o cuidado merecem muita atenção e, por isso, estão sendo focos de análise neste processo de pesquisa. Há também os estudos que direcionam a prática do cuidado como atividade profissional. Em diversos países, os profissionais que oferecem cuidado são, em sua maioria, mulheres, as “*caregivers*”, que sempre estão em situações de subemprego, com menores salários e menor valorização na escala social. (SPITZER 2014; LISBOA, 2007).

Com o avanço dos estudos de gênero, que entre outros temas pertinentes propõem discutir a “desconstrução” do modelo de homem cujo papel foi fixado pela sociedade patriarcal, entra em questão a divisão sexual do trabalho. Esta requer uma distribuição equitativa do trabalho doméstico, ou seja, requer democracia de oportunidades que subentende senso de justiça, mas também envolve a ética do cuidado, que não deve ser entendida como específica das mulheres, assim como a questão da racionalidade e da justiça não é específica dos homens! (LISBOA, 2007 p. 818)

O cuidado com a saúde, visto como uma prática socialmente reconhecida como tarefa mais das mulheres do que dos homens, implica nos remeter para questões históricas e culturais sobre o que vêm a ser determinações do feminino e do masculino. Inevitavelmente, as relações de gênero permeiam as discussões quando nos remetemos à noção de cuidado à saúde e ao processo de participação. No processo de participação, as mulheres estão fortemente presentes e articulando maneiras de participar dos processos políticos, embora ainda passando por preconceitos e discriminações. Desse modo, a participação das mulheres através dos Conselhos nos coloca a pensar, também, nas práticas cotidianas de cuidado com a saúde e sua amplitude além do ambiente doméstico. Ou seja, isso nos mostra que as mulheres permeiam outros espaços na busca por melhores condições de atendimento à saúde.

O Brasil elegeu a primeira mulher a ser presidenta do país em 2010. Com isso, mais mulheres foram adquirindo cargos em ministérios e outras instâncias de governo. Este cenário mudou drasticamente com o impeachment e a posse do vice-presidente Michel Temer, como mencionamos anteriormente.

Outro acontecimento sobre a participação das mulheres e o preconceito histórico vivenciado cotidianamente pode ser citado. Atualmente, em diversos sites da internet<sup>44</sup>, vêm se denunciando e comentado algumas expressões criadas para explicar as formas como as mulheres são tratadas no meio governamental e empresarial, principalmente. O comportamento machista tenta reforçar preconceitos e discriminações para com as mulheres. As expressões *Maninterrupting*,

---

<sup>44</sup> Estes foram alguns dos sites pesquisados <http://movimentomulher360.com.br/2016/11/mm360-explica-os-termos-gaslighting-mansplaining-bropriating-e-maninterrupting/>; <https://www.dicasdemulher.com.br/mansplaining/>; <http://www.bbc.com/capital/story/20180727-mansplaining-explained-in-one-char>; <https://www.thinkolga.com/>; <https://blogdacidadania.com.br/2018/06/manuela-davila-foi-beneficiada-por-ataques-no-roda-viva/>



*Bropriating, Gaslighting e Mansplaining*<sup>45</sup> são expressões que explicam a maneira com a qual as mulheres são tratadas nesses meios políticos, governamentais e em diversos nichos de trabalho. Basicamente, essas expressões explicam o “*talking over women*”, quando um homem, se sentindo na condição de superior, se coloca no direito de interferir na fala simplesmente pelo fato de esta ser mulher. Entre os homens, não há esse tipo de interrupção com conotação de inferioridade e negação, mas, com as mulheres, sim. Os homens interrompem a fala e se colocam na posição de superior, desvalorizando quase sempre o que as mulheres têm a dizer. Mencionamos isso no trabalho, devido a isso ter acontecido recentemente no Brasil, quando a então pré-candidata à Presidência da República Manuela D’ávila, do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), foi entrevistada no Roda Viva, um programa de entrevistas exibido pela TV Cultura.<sup>46</sup> Durante a entrevista, a pré-candidata foi interrompida diversas vezes e recebeu perguntas machistas dos entrevistadores. Manuela D’Avila foi interrompida em sua fala 62 vezes, sendo que outro pré-candidato em entrevista anterior foi interrompido 8 vezes. Em contraposição, a pré-candidata produziu um vídeo e publicou nas redes sociais, no qual ela faz as perguntas que lhe foram feitas, como se ela estivesse entrevistando um candidato homem.

A maneira como as mulheres são tratadas no meio “público” ainda carregam as denominações antigas que tenta separar e distanciar o público do privado, considerando o privado como o lugar das mulheres. Ao se tornar “pública” a mulher

---

<sup>45</sup> *Maninterrupting* - Quando um homem interrompe constantemente uma mulher, de maneira desnecessária, não permitindo que ela consiga concluir sua frase.

*bropriating*, - Quando um homem se apropria da mesma ideia já expressa por uma mulher, levando os créditos por ela. O termo é uma junção de “bro” (de brother, irmão, mano) e “appropriating” (apropriação). É algo que acontece muito em reuniões

*gaslighting* - é um dos tipos de abuso psicológico que leva a mulher a achar que enlouqueceu ou está equivocada sobre um assunto, sendo que está originalmente certa. É um jeito de fazer a mulher duvidar do seu senso de percepção, raciocínio, memórias e sanidade.

*mansplaining* - Quando um homem dedica seu tempo para explicar algo óbvio a uma mulher, de forma didática, como se ela não fosse capaz de entender. O termo é uma junção de “man” (homem) e “explaining” (explicar).

Definições retiradas do site: <http://movimentomulher360.com.br/2016/11/mm360-explica-os-termos-gaslighting-mansplaining-bropriating-e-maninterrupting/> . Postado em 18/11/2016.

<sup>46</sup> <http://tvcultura.com.br/programas/rodaviva/>; <https://www.youtube.com/watch?v=GYBfJS-NMTI>

é mais facilmente alvo de discriminações e preconceitos do que os homens. O público e o privado repercutem grandes discussões no que se refere às relações de gênero. Historicamente o espaço privado vem sendo destinado como espaço exclusivo das mulheres e o espaço público como sendo dos homens. No entanto, a história não se dá desta forma linear e definida. Segundo Perrot, “certamente nem todo o público é masculino no espaço da cidade onde circulam as mulheres”. (PERROT, 2005, p.462). Refletir sobre o público e o privado é de certa forma falar da vida cotidiana, das relações familiares e dos lugares ocupados por mulheres, homens, crianças, etc. A Revolução, “acentua a definição das esferas pública e privada, herança das Luzes, valoriza a família e diferencia os papéis sexuais ao opor homens políticos e mulheres domésticas...”. (PERROT, 2005, p.458).

Um dos exemplos citados por Perrot, sobre a invasão do público no espaço privado é a preocupação constante com o vestuário, os uniformes, onde a roupa passa a ter um significado político. Segundo esta mesma autora, a moda masculina não se definiu de imediato com tanta clareza como a das mulheres, especialmente as mulheres burguesas, mas a indumentária logo se transformou num sistema semiótico intensamente carregado. “Ela revela o significado público do homem privado” (PERROT, 2009 p.22).

No que se refere as mulheres, estas eram tidas como a representação do privado e sua participação ativa como mulheres em praça pública era rejeitada por praticamente todos os homens. Estas diferenças entre público e privado, ora se misturavam, ora se afastavam. No que se refere às questões políticas, da Revolução Francesa e do surgimento de um Estado, a invasão do público no privado torna-se mais visível na medida em que as questões burocráticas ganham força. Tais regulamentações burocráticas passaram a ser legitimadoras de casamentos, contratos, negócios, que antes eram pertencentes mais ao âmbito privado.

Entretanto, quanto às funções sociais das figuras dos homens e das mulheres, esta obteve, na maioria das vezes, um espaço bem definido. O espaço público era considerado um espaço dos homens, onde as mulheres tinham seu lugar específico, marcado principalmente pelo silêncio. No privado, o espaço era mais característico das mulheres, destinadas à submissão e às tarefas domésticas.

A concepção de mulher, talhada especialmente para o privado, é a mesma em quase todos os círculos intelectuais do final do século XVIII. Segundo Perrot

(2009, p.45), o tratado de Pierre Roussel (Do sistema físico e moral da mulher, 1775), tornou-se uma referência no discurso sobre a mulher, representando-a como o inverso do homem. A mulher era identificada por sua sexualidade e seu corpo, enquanto o homem era identificado por seu espírito e energia. Com isso, o útero define a mulher e determina seu comportamento emocional e moral, sendo assim, a maternidade passa a estar intrinsecamente relacionada com o lugar e a legitimidade da mulher.

Na época, pensava-se que o sistema reprodutor feminino era particularmente sensível, e que essa sensibilidade era maior devido à debilidade intelectual. As mulheres tinham músculos menos desenvolvidos e eram mais sedentárias por opção. A combinação de fraqueza muscular e intelectual e sensibilidade emocional fazia delas os seres mais aptos para criar os filhos. Desse modo, o útero definia o lugar das mulheres como mães. O discurso dos médicos se unia a dos políticos. (PERROT, 2009, p.44)

As mulheres estavam associadas ao seu “interior” onde se tornou símbolo da fragilidade que deveria ser protegido do mundo exterior. Segundo esta mesma autora, as mulheres tinham se convertido no símbolo do privado. Por isso a politização e a transformação do espaço público pelo processo de revolução não eram caracterizadas como um lugar apto para as mulheres.

No entanto, a dona-de-casa no espaço parisiense no século XIX, estudado por Perrot (2006, p.213), desenvolve práticas onde se constitui “um personagem maior e majoritário”. Majoritário por ser a condição do maior número de mulheres que vivem maritalmente, e maior porque “a dona de casa de fato tem muitos poderes, de natureza diferente do dos homens”. O modo de vida popular pressupõe a mulher “em casa”, o que não significa, segundo Perrot, necessariamente ‘no interior do lar’.

Há uma forte resistência da classe operária ao trabalho externo das mulheres casadas. Segundo esta mesma autora, a dona-de-casa está investida de todos os tipos de função, e que nem sempre são reconhecidas socialmente. Em primeiro lugar está

a sua condição de dar à luz e criar os filhos, levando-os consigo, acompanhando-as por toda a parte; A segunda função seria a manutenção da família, os trabalhos domésticos, que incluem, a alimentação, o aquecimento, a conservação da casa e da roupa, o transporte de água, etc; uma terceira função ainda seria a de se esforçar para trazer recursos monetários para dentro da família.

Diante destas funções colocadas por Perrot, as donas de casa tinham um tempo de trabalho considerável, onde a sociedade do século XIX não poderia crescer e se reproduzir sem este trabalho não-contabilizado e não-remunerado da dona de casa. Os recursos monetários da dona de casa provem especialmente de atividades do setor de serviços como faxina, lavagem de roupas, entregas; e pequenos comércios e vendas à domicílio.

Segundo Perrot (2006), a dona de casa de alguma forma se desdobra na cidade do século XIX. A maioria das tarefas implicam em deslocamentos. A autora faz um estudo mais aprofundado sobre os “usos do espaço”, e ressalta as diferenças de o que vale para a “mulher do povo”, não vale para a “mulher burguesa”. Ao que se refere aos níveis de classe, os usos sociais da cidade se diferenciam claramente. As mulheres burguesas têm um modo de circulação mais rígido, uma regulação mais forte da relação interno/externo, pois constituem modelos de como a mulher “deve ser”, onde o espaço privado está mais isolado e valorizado.

Este cenário, embora Francês do século XIX, tem muito em comum com a história brasileira e os contextos do público e privado, das relações de gênero e na valorização da família e da maternidade como legitimadoras da figura feminina. Pensar neste contexto histórico é de certa forma pensar na participação de mulheres no âmbito político. Estas características históricas que se atualizam constantemente são as principais fontes de dificuldades encontradas pelas mulheres em participar. Mesmo assim, as mulheres circulam e se engajam em processos de participação, especialmente em suas localidades.

Refletir sobre as condições das mulheres é envolver um contexto amplo de questões familiares, políticas, culturais e sociais. As construções sócio históricas do que vem se constituindo como domínio público e privado e as transformações sociais que oscilam, nos situam em um pano de fundo histórico e cultural sobre tais espaços e os papéis que são atribuídos aos homens e mulheres em cada um deles. A história tem mostrado que o lugar das mulheres carrega essa cultura do privado,

e as relações de trabalho ainda são, com mais ênfase, no setor de serviços, informais e terceirizados.

A dicotomia masculino/feminino, segundo Silva (2009), traz oposições onde um dos termos é sempre privilegiado. Dentro deste privilégio consequente desta dicotomia, um dos termos recebe valor positivo, enquanto que o outro recebe carga negativa, por isso as oposições binárias não expressam somente uma divisão. Os feminismos tentam romper com este binarismo e considerar a pluralidade como um meio mais plausível de pensar as relações sociais ao longo da história. A compreensão e consideração da diversidade é fundamental para o desenvolvimento de uma teoria crítica para atingir avanços no que diz respeito a vida social.

Em meados do século XX, o feminismo vem observar as diferenças, afirmar as dimensões subjetivas, misturar o público e privado, e afirmar que “o pessoal é político”. Ao usar este slogan para caracterizar uma “luta feminista” de espaços, direitos, oportunidade, respeito e valorização do trabalho das mulheres, Carol Hanisch (1969)<sup>47</sup> é caracterizada como um marco na segunda onda do feminismo por volta dos anos 1970. A principal crítica estava relacionada ao fato de o feminismo não ser considerado uma luta política por tratar de questões sobre corpo e sexualidade. Com isso, dizer que “problemas pessoais são problemas políticos”, abre-se o espaço privado para dizer que este também é caracterizado por exploração, por negociação e subordinação.

A produção teórica também se caracteriza por historicamente desconsiderar as diferenças de gênero e a colocar o homem como padrão normativo. Fraser (1987), faz uma crítica à teoria social de Habermas, onde examina alguns elementos do arcabouço teórico de Habermas e a distinção entre a reprodução simbólica e material das sociedades. Resumidamente, Fraser (1987) coloca que o modo de Habermas contrastar a família moderna com a economia capitalista oficial tende a ofuscar o que chama de “atividade de aspecto duplo”, isto é, “que criar filhos não é ‘per se’ uma atividade de reprodução simbólica, é igualmente e ao mesmo tempo, atividade de reprodução material”. Com isso Fraser enfatiza que Habermas exagera as diferenças entre estas instituições (família e economia capitalista) e impede a

---

<sup>47</sup> Mais informações no site <http://www.carolhanisch.org/>.

possibilidade de analisar famílias como sistemas econômicos, isto é, lugares de trabalho, troca, cálculos, distribuição e exploração.

Contudo, para Fraser, “Habermas deixa de salientar que em ambas as esferas (privado e público) as mulheres acham-se subordinadas aos homens”. Fraser coloca que as “falhas de Habermas são edificantes” e que não pretende desconsiderar a importância de sua teoria. Em geral, explica que “as principais falhas da teoria de Habermas com respeito ao gênero são atribuíveis à sua oposição categorial entre instituições sistêmicas e mundo da vida”, ou seja, o público e o privado.

O cuidado que vem mais da iniciativa das mulheres do que dos homens é culturalmente e historicamente banalizado. Uma desvalorização sem igual perpassa as práticas femininas de cuidados que sufocam as mulheres. Todas as tarefas que envolvem o cuidar são destinadas às mulheres, em sua maioria. Este cuidado não pode ser visto somente por este ângulo. Susan Sherwin (1998) analisa a prática do cuidado como instrumento potencializador das mulheres. Esta autora afirma que, enquanto várias análises consideram as mulheres como vítimas da opressão, elas mesmas não as veem como meras vítimas, como passivas e insignificantes.

Mesmo dentro de um cenário opressor, as mulheres encontram possibilidades de resistir e desafiar as forças que as oprimem (SHERWIN, 1998 p. 3). Sherwin faz uma importante colocação, ela acredita que os serviços de saúde têm grande potencial tanto para aprofundar ou aliviar as formas de opressão, como também tem o potencial de piorar ou aliviar problemas de saúde específicos. Além disso, Sherwin enfatiza que a biomedicina ignora o valor que a contribuição das práticas “não médicas” tem a oferecer ao sistema de saúde. E conclui que a medicina vem contribuindo em muitos aspectos na “perpetuação” da opressão das mulheres (SHERWIN, 1998 p. 4).

Dona Udinha, um importante protagonista do processo de participação em Sergipe, em entrevista, comentou e lamentou que as mulheres mais velhas não preparam as mais novas para terem maior desenvoltura em não aceitar os determinismos de nossa cultura patriarcal. O cuidado é um fator que ao mesmo tempo reprime e potencializa as mulheres. *“Às vezes sinto que nós mulheres mais velhas não estamos deixando um bom legado para as mais jovens ... (Dona Udinha).* A lamentação de Dona Udinha demonstra um sentimento de culpa e arrependimento, como se os esforços não foram suficientes para se alcançar “um

bom legado”. Dona Udinha estará presente no percorrer deste trabalho, especialmente na descrição da Conferência Estadual de Saúde. Dona Udinha, iniciou sua trajetória de participação na Pastoral da Criança, um projeto integrado com a Igreja Católica.

*Que não é só a questão dos alimentos... não é só a questão nutricional, mas se não tiver amor, carinho... Por exemplo, não tem mais a multimistura porque era eu e outra mãe e acompanhava por perto, porque pra isso temos que ficar perto das pessoas, e eu não posso mais fazer isso, sinto que devo parar um pouco... eu nessa idade (69) já não posso andar de cidade em cidade, outros estados... É preciso estar perto das pessoas. Tem muita morosidade... o tempo que você tem que gastar... (Dona Udinha)*

Dona Udinha teme que a continuidade de seu trabalho não seja realizada com a intensidade que ela mesma colocou. Uma vida de dedicação a uma causa, além de cuidar de sua própria família. Estes afetos expressados por dona Udinha a faz continuar, ter chegado e passado por diferentes momentos econômicos e políticos do país. Nenhuma crise a impediu de realizar seus trabalhos. O envolvimento com o processo de participação institucional levou dona Udinha a lugares mais possíveis de lutar pela condição e qualidade de vida de crianças carentes.

Gil, é uma Agente Comunitária de Saúde e presidente do conselho de saúde do Bairro Coroa do Meio. Sua presença na Conferência local foi marcante e contribuiu na organização do evento juntamente com a Assistente Social Lizia. Estas mulheres também atuam fortemente no que tange a luta pela garantia dos direitos de cidadania. A trajetória de vida de Gil a impulsionou a procurar mecanismos de participação e a lutar por seus direitos.

*Em 2014 eu era presidente da Associação, passei meu mandato pra outro, fiquei presidente da associação 4 anos, associação de moradores de palafitas, que eu era moradora de palafita. Aqui na Coroa do Meio, ali na avenida. Eu cheguei aqui na Coroa do Meio no*

*finalzinho de 1996, só que pra morar em palafita eu cheguei em 97, junho de 97, minha filha tinha 15 dias de nascida. Aí eu comecei a morar em palafita. Comprei o barraco, na verdade comprei a lama e construir o barraco, ...o chão né, comprei o espaço. Na época, o pai de minha filha, fez o barraco e eu fui morar. Ele tinha a casa dele, por causa da ex, e aí eu preferir morar sozinha, ter o meu canto, porque eu sofri muito na mão dele. (Gil, Agente Comunitária de Saúde)*

É a partir destes exemplos que afirmamos que as mulheres estão dentro, mas fora. Mesmo tendo as mulheres uma presença forte e significativa nas conferências, elas precisam chegar a cargos que olhem para as demandas das mulheres. Assim como Dona Udinha e Gil, que percorreram caminhos diferentes e lutam por questões diferentes, mas que fazem uso dos mesmos mecanismos institucionais que garantem legalização e proteção, como uma alternativa oficial de comunicação.

As autoras que definem uma teoria do cuidado apontam para que esse cuidado deveria ser universal e que as mulheres estão cumprindo um papel importante na sociedade. O cuidado não deveria ser uma atividade considerada mais de responsabilidade das mulheres do que dos homens. A desvalorização da prática do cuidado vem se reproduzindo devido ao patriarcalismo que ainda se passa (fortemente) de geração para geração.

De toda forma, procurou-se neste tópico pensar o processo de participação considerando a discrepância entre homens e mulheres, ou melhor entre o lugar em que as mulheres ocupam e conseguem chegar. Por que as mulheres estão sempre presentes, mas de fora? Presentes, no dia a dia, nas articulações, na organização do processo de participação. De fora, quando os momentos em que a decisão e o poder de governar são postos em prática. Isso nos levou a questionar e a descrever sobre teorias que tratam das desigualdades de gênero historicamente e sobre a teoria do cuidado que de certa forma, está muito presente no universo da saúde, no qual esta pesquisa se inseriu.



### 3. PARTICIPAÇÃO, POLÍTICA E ISOMERIA: uma primeira aproximação

Para pensar sobre o processo de participação e a forma como é utilizado e recriado, recorreu-se às discussões sobre política, que será feita neste tópico. Essas são algumas reflexões sobre o que a experiência de pesquisa no processo de participação me fez pensar. Esta tese é uma tentativa de descrever e explicar o que foi vivenciado, de mostrar as minúcias do processo de participação, os motivos dos conflitos, o porquê de este processo ser paradoxal e se caracterizar como uma potência ilusória. Nestas discussões, a noção de política é caracterizada como um campo de disputa e relacionada à noção de justiça. Abre-se, então, espaço para se pensar nas contrapartidas, nos processos de resistências decorrentes das desigualdades entre as partes.

As discussões sobre política e participação direcionaram a análise para uma relação *figurativa* com o processo de *isomeria ótica* (Morrison&Boyd, 1996). A isomeria consiste basicamente na relação entre moléculas com a mesma composição, mas ordenadas de formas diferentes. A relação dessas moléculas é determinada pelo desvio do plano de sua luz polarizada. A ideia de que é a mesma coisa, só que oposta, nos ajuda a pensar nos processos políticos e no processo de participação, que simultaneamente encontram forças políticas e antipolíticas, no sentido de Ranciere; ou forças participativas e antiparticipativas, no sentido de Avritzer & Pires.

Um exemplo que podemos trazer é a relação entre partidos políticos. Existem 28 partidos políticos no Brasil, mas durante as finais de um processo de eleição, as forças se polarizam, tendo um lado mais direcionado para a direita e outro para a esquerda. A relação isomérica explica que eles são os mesmos, são partidos e que possuem estruturas semelhantes, porém, os desvios de luz e de imagem são opostos. Outro exemplo corriqueiro são as nossas mãos, elas são iguais, mas opostas, não se sobrepõem.

Tenta-se explicar o funcionamento e o contexto do processo de participação. Com isso, busca-se refletir sobre as maneiras em que as forças opostas usam este processo de participação, e como é distribuído o poder de decisão em atender, ou não, às demandas das políticas públicas de saúde. Os

interesses que foram possíveis de presenciar durante as Conferências e reuniões de Conselhos de Saúde foram, entre outros, envolvimento partidário e interesse eleitoral; de manter contatos relacionados ao cargo ocupado; por ter sido mandado pelo superior; para reeleição em outros Conselhos, como o Conselho Tutelar; por acreditar que participar é importante para a melhoria da saúde.

A problematização da participação também nos leva a pensar sobre seu aspecto contingencial. No sentido que é o que é, mas poderia ser diferente. Depende das relações entre pessoas, processos institucionais e interesses governamentais. A intencionalidade que direciona o processo de participação pode diferenciar de lugar para lugar, em momentos diferentes das circunstâncias políticas e econômicas que envolvem o sistema de saúde. Por isso, pensar a participação como contingencial é pensar que ela é o que é, foi o que foi, mas poderia ter sido diferente.

Para Pascal Massie, no livro *Contingency, Time and Possibility* (2011), podemos conceber muitos cenários em que as coisas poderiam ser diferentes, ou ter sido diferentes. De uma tradição filosófica, o termo contingência não é colocado como uma lei, uma ciência ou conhecimento, pois não há nada a dizer sobre isso, simplesmente acontece<sup>48</sup>. Não é objetivo do trabalho se aprofundar nas questões mais específicas da filosofia, o que estamos tomando emprestado para pensar o processo de participação é a forma como este é um processo no qual não tem uma forma fixa de acontecer, embora siga os protocolos institucionais. O que ocorreu durante as conferências de Saúde em Aracaju pode, sim, nos dizer muito sobre o cenário da participação no Brasil. No entanto, este cenário não é fixo, ele pode ser transformado e ser diferente em outros momentos e em outros lugares.

Pensar a política faz parte desse processo de pesquisa. Com este tópico, busca-se um amadurecimento nessas discussões sobre a política para entendermos os processos de participação e os conflitos inerentes. Este é um eixo importante no entendimento dos diferentes usos e sentidos dados à participação que observamos

---

<sup>48</sup> “Because contingency escapes predictions, it has been assimilated to the irregular, the accidental, the variable and the inessential... Contingency, nevertheless, is quite familiar. We know it as we are repeatedly faced with coincidences and events. Reality is what it is, whatever it may be; we can conceive many scenarios in which things would have been different”. (MASSIE, 2011 p.01)

nos Conselhos e nas Conferências de Saúde. Vale ressaltar que estamos trabalhando, nesta proposta de tese, uma hipótese-chave: o duplo uso e sentido dado à participação. Esse duplo uso e sentido exprime as formas políticas nos diferentes usos deste processo de participação: um que vem dos que estão no governo e que adotam uma postura de controle e manutenção das formas de poder; e outro que se constrói com contrapartidas e reinvenções do processo de participação para driblar o poder dominante, resistindo às formas burocráticas e institucionais que tendem a dificultar a participação efetiva da população. Este duplo sentido é reproduzido em um campo de disputas e empates marcados por articulações entre forças e interesses contrários. Embora existam inúmeros interesses em jogo neste processo, as forças que se destacam tendem a ser polarizadas entre esse duplo sentido.

A escolha dos autores aqui citados foi acontecendo na medida em que suas teorias ajudaram a pensar sobre o campo de pesquisa. São autores que dão um certo sentido ao objeto de estudo. No entanto, não significa que essas discussões nos trazem certezas e esclarecimentos. Simplesmente e principalmente, elas nos ajudam a pensar sobre o assunto. Certamente, muitas discussões deixarão lacunas a serem preenchidas neste trabalho.

Para pensar sobre política, de início, revisei o livro de Jacques Rancière, *O Desentendimento*. Havia lido em uma disciplina durante o Mestrado em Psicologia Social. Um livro fascinante. Quando estava na Conferência Estadual de Saúde, enquanto as pessoas discutiam freneticamente, com bater de dedos, com feições de raiva e angústia, surgiram-me as discussões sobre esse livro em mente. O cenário ficou de pano de fundo, silencioso. As imagens que eu via ali em minha frente dialogavam com o livro, e eu tentando relacionar, pensava: “será que é esse desentendimento que Jacques Rancière estava falando?” Como um espaço, supostamente destinado à “política”, pode gerar tanto “desentendimento”? O desentendimento que Rancière se refere é muito mais além dos “bate-bocas” presenciados nas Conferências. O que avistava em minha frente era um confronto, mas não um momento político próprio do desentendimento que o autor trabalha. Por isso, Rancière se tornou um autor central para se pensar esse processo de participação e compor esta tese de Doutorado. Para Rancière, o desentendimento não é a política por completo, mas, sim, quando se atinge o momento de ruptura dos modos de dominação.

...é a atividade que tem por princípio à igualdade, e o princípio da igualdade transforma-se em repartição das parcelas de comunidade ao modo do embarço: de quais coisas há e não há igualdade entre quais e quais? ... Por desentendimento entenderemos um tipo determinado de situação de palavra: aquela em que um dos interlocutores ao mesmo tempo entende e não entende o que diz o outro. O desentendimento não é o conflito entre aquele que diz branco e aquele que diz preto. É o conflito entre aquele que diz branco e aquele que diz branco, mas não entende a mesma coisa, ou não entende de modo nenhum que o outro diz a mesma coisa com o nome de brancura. (RANCIERE, 1996 p. 11).

A política está relacionada à participação, independentemente de como ela aconteça. Quando se fala em participar, subentende-se que está se referindo a uma parte, a uma parcela, significa tomar parte de alguma coisa. Se precisamos da participação para lutar pelos direitos, significa que algo já começa desequilibrado. A política atua quando há parcelas desiguais, em que um lado domina mais que o outro. Essa é a polaridade que assombra e demonstra as nossas limitações e os motivos dos conflitos.

O conflito existe quando o desequilíbrio entre as partes é notável e perceptível. Quando não há conflito, têm-se duas possibilidades: que as manobras discursivas controlam e camuflam as desigualdades e exploração, onde uns detêm mais poder que outros; ou que não há desigualdade, que se tem distribuição de poder e decisões iguais e justas. Como é possível perceber, neste contexto, a segunda é inexistente, não somente entre forças governamentais e não governamentais, mas também, entre as pessoas ordinárias que reproduzem essas relações cotidianamente.

As referências a Jacques Rancière contribuem para pensarmos e identificarmos as forças deste embate político nos processos de participação. Através de sua leitura, podemos perceber as desigualdades entre os que têm parcela e os que não têm parcela, ou seja, entre os que estão do lado de quem está no governo e quer manter seus interesses resguardados, e os que estão lutando por melhorias na qualidade do atendimento de saúde, principalmente, pela garantia da saúde como direito de todos. Ou que estão pleiteando um lugar dentro dos trâmites

institucionais, de “fazer parte do outro lado”. Isso significa que, se precisamos ter esses espaços onde ocorrem esses embates, é porque o direito à saúde está em constante ameaça e a distribuição do poder também. Este emaranhado de conflitos não é claramente separado dos que estão na gestão e os que lutam pelos direitos. É também uma luta pelo poder, pela vez de estar do lado governamental, de quem pode controlar. Por isso que iremos relacionar os modos de conflito com a noção de isomeria, pois estamos vendo dois lados diferentes, mas, ao mesmo tempo, iguais, que se estruturam semelhantemente, mas que operam distintamente.

A política, nessa abordagem, demonstra um cenário divisor. Esta divisão não ocorre simultaneamente e muito menos igualmente entre as partes. As intencionalidades direcionam os rumos da política. Vimos que, durante as conferências, os discursos são em detrimento de uma política pública de saúde forte e ampliada, mas as intencionalidades dos usos deste instrumento de participação não estão em sintonia. Ou seja, se as intencionalidades nesses discursos estivessem realmente conectadas com o que se pronuncia, não necessitaríamos reivindicar os tipos de propostas nos processos de participação (descritas a seguir neste trabalho), pois são propostas que espelham as carências deixadas pela falta de políticas públicas de saúde, comprometidas em colocar em prática as diretrizes que regem o sistema de saúde. Isto não quer dizer que todos que são “do governo” estão contra os que são do “povo” e vice-versa. O que se pretende analisar são essas tensões que se destacam entre essas intencionalidades diferentes, bem como os sentidos atribuídos aos usos deste processo de participação.

A proposta de pensar a política através das lentes de Rancière se debruça em olhar o pano de fundo dos cenários participativos descritos, como os Conselhos e Conferências de saúde. No sentido de Rancière, poderíamos afirmar que os espaços participativos são espaços nos quais a política menos acontece. Chambers (2010) explica que, onde no geral vemos política, Rancière vê “polícia”, e onde vemos democracia, Rancière vê oligarquia<sup>49</sup>.

Para Rancière, a filosofia de Platão deixou um legado de substituição da política pela polícia. Ele se recusa a pensar a política como comumente pensamos,

---

<sup>49</sup> “Where we would see politics, Rancière sees ‘police’; where we could see democracy, Rancière sees oligarchy”. (CHAMBERS, 2010 p. 58).

como um aparato de administração burocrática e gerenciamento econômico governamental. Ranciere se refere a toda a forma de ordem hierárquica social como uma “ordem policial”. Na maioria das vezes, o que chamaríamos de política, para o autor, seria polícia. Não considerando o policiamento, com guardas e viaturas pelas ruas e diferentes localidades, mas, sim, outro policiamento. O policiamento que o autor se refere está ligado às formas de ordenamento dos corpos, da ordem social, da alocação de lugares, papéis e ocupações. Para Samuel Chambers, essa noção de polícia que Ranciere trabalha, ele mesmo nos lembra, é baseada na que Michel Foucault já havia desenvolvido e que uma ideia mais ampla sobre a polícia já havia sido pensada antes, no século dezessete com os alemães e italianos sobre os discursos do estado. (CHAMBERS, 2014 p. 61).

Rancière usa o termo polícia para se referir à organização da sociedade, à divisão e distribuição das várias partes que compõem o todo social. Assim, vemos que polícia é o termo de Rancière para o que normalmente entendemos por meio da política cotidiana de grupos de interesse. A distribuição de bens e serviços, a distribuição de papéis e ocupações, a gestão da economia - todos são parte e parcelas da ordem policial. (CHAMBERS, 2014 p. 61)<sup>50</sup>

Para Chambers, a noção de política em Rancière só tem sentido se relacionada à noção de polícia que o autor apresenta. Esta noção de polícia está atrelada à manutenção das formas hierárquicas e de dominação existentes. A polícia determina a distribuição e repartição entre os “que não contam”, aqueles que “não possuem parcelas”. “A ordem policial é uma ordem do visível e do dizível”, dos que podem ter parcelas e posições sociais privilegiadas. (CHAMBERS, 2014 p. 63).

---

<sup>50</sup> “Rancière uses police to refer to the organization of society, the dividing up and distribution of the various parts that make up the social whole. Hence, we see that police is Rancière’s term for what we usually understand by everyday interest-group politics. The distribution of goods and services, the allotment of roles and occupations, the management of the economy – all are part and parcel of the police order. (CHAMBERS, 2014 p. 61)

Assim, como no lugar de política Rancière vê polícia, no lugar de democracia, o autor vê oligarquia. O Estado que vivemos é operado por regras oligárquicas, pois vivemos organizados entre os que ditam as regras e os que obedecem, entre quem governa e quem é governado. Portanto, democracia não seria uma questão de regime e, sim, uma questão de política.

A insistência de Rancière em afirmar que vivemos em oligarquias, assim como a insistência de que vivemos sempre sob uma particular ordem policial ... mostrando precisamente que democracia não é um regime, e que todos os regimes são oligarquias, Rancière abre um espaço diferente para se pensar a democracia”. Revelando as regras da oligarquia, Rancière aborda as possibilidades da democracia. Tal possibilidade depende em ver que a democracia não é uma questão de regimes; ela é uma questão de política”. (CHAMBERS, 2014, p.67)<sup>51</sup>

Para Rancière, segundo Chambers, a democracia é a essência da política, e ela começa somente quando ocorre oposição às formas de dominação, ou seja, o policiamento. Mas a política ocorre quando uma certa ordem social (policial) se torna ameaçada e desafiada por uma ordem totalmente diferente (ou contrária), a saber, a equidade. A democracia só irá emergir como algo que contraria as normas oligárquicas existentes, não para tomar o lugar da oligarquia, mas para enfraquecê-la.

No sentido de Rancière, podemos pensar e descrever o processo de participação aqui pesquisado, como sendo mais um processo de policiamento do que um processo político. Pensar com esta troca de lugares, das concepções e conceitos é como levantar uma pedra antiga de um chão gramado, onde possibilita ver o que embaixo dela se constitui. Assim, abre-se caminhos para entender as

---

<sup>51</sup> “Rancière’s insistence that we live in oligarchies, like his insistence that we always live under particular police orders ... by showing precisely that democracy is not a regime, and that all regimes are oligarchies, Rancière opens up a different space for thinking democracy ... By revealing the rule of oligarchy, Rancière broaches de possibilities of democracy. Such a possibility depends on seeing the democracy is not a question of regimes; it is a question of politics”. (CHAMBERS, 2014 p. 67)

regras do jogo participativo, e compreender os conflitos advindos das relações de poder e dominação presentes nesse processo.

No processo de participação, tem-se um jogo de poder e dominação que alimenta práticas antipolíticas, ao mesmo tempo que, com a política, tem-se a possibilidade de visualização deste jogo, pois a política, no sentido de Rancière, tem uma relação precisa com a justiça, com a reparação do dano. As formas de dominação são articuladas e nem sempre visíveis. O sofrimento de “parcela dos sem parcela”, como coloca Rancière, é visualizado por meio da política. Ela é o ponto de visibilidade de um dano.

A política que Rancière parece mostrar o corte assimétrico de uma faca afiada. Uma faca necessariamente corta nos dois lados, só que este corte, por si só, não garante a igualdade entre as partes. A afiação e o instrumento que corta não têm a mesma força, não são os mesmos que decidem aonde cortar. O ponto político é quando há ruptura, da quebra ou do direcionamento das medidas do corte, da distribuição entre as partes. É quando se questiona e muda a maneira de cortar e não somente o instrumento cortador. Essa é apenas uma comparação corriqueira e esdrúxula, mas que possibilita a visualização da repartição entre os que têm “parcela” e os que “não têm parcela”, os “parcela dos sem parcela”, no sentido que o autor trabalha e que estamos utilizando neste texto.

Para Rancière (1996), a política se constitui como um erro de contagem das partes com um todo. Este erro de cálculo produz dano. O desentendimento vem do conflito na linguagem usada entre os que têm parcela e os que não têm parcela. As intencionalidades mudam, embora possam estar gramaticalmente dizendo a mesma coisa, sendo que um não entende o que o outro quer dizer. Há uma mudança da lógica trocadora para o bem comum. A ideia de bem comum, de povo, é criada pelos que têm parcela. É uma separação entre os que detêm o poder, os que têm parcela, do resto sem parcela. O povo nada mais é os que não possuem parcela, os que recebem o lado menor na distribuição das partes.

Para Rancière, a lógica trocadora parece funcionar melhor que a ideia de bem comum. Pois a ideia de bem comum não vem dos que ganham menos, mas sim, dos que ganham mais. “A política começa justamente onde se para de equilibrar lucros e perdas... (RANCIÈRE 1996, p. 21). Para Rancière, há política quando existe uma “parcela dos sem parcela”, o que não significa que há política



quando os pobres se opõem aos ricos. A política é a interrupção dos simples efeitos da dominação dos ricos. É esta condição de dominação que faz os pobres existirem enquanto entidade.

A política existe quando a ordem natural da dominação é interrompida pela instituição de uma parcela dos sem parcela. Essa instituição é o todo da política enquanto forma específica de vínculo. Ela define o comum da comunidade como comunidade política, quer dizer, dividida, baseada num dano que escapa à aritmética das trocas e das reparações. Fora dessa instituição, não há política. Há apenas ordem da dominação ou desordem da revolta (RANCIÈRE 1996, p. 27).

A política é o confronto. Mas não é qualquer confronto. Se todo o mal fosse a diferença entre os ricos e pobres, a solução seria dividir de igual parte a riqueza de todo o mundo. Rancière diz que o mal é mais profundo. A relação é litigiosa, pois o partido dos ricos encarna uma relação antipolítica. Este partido vem afirmando, desde Atenas do século V antes de Jesus Cristo até os governos de hoje em dia, que não há parcela dos sem parcela. “A política é a esfera de atividade de um comum que só pode ser litigioso, a relação entre as partes que não passam de partidos e títulos cuja soma é sempre diferente do todo” (RANCIÈRE 1996, p. 29).

Para Rancière, a justiça política não é somente a ordem que mede as coisas entre indivíduos e bens, mas a ordem que determina a partição do que é comum.<sup>52</sup> É quando há percepção e transformação das formas de poder exercidas por uma minoria para com uma maioria, ou seja, entre os que possuem parcela sob os que não têm. Segundo Mecchia (2014), a política, para Rancière, é um problema de

---

<sup>52</sup> “... political justice is not simply the order that holds measured relationships between individuals and goods together. It is the order that determines the partition of what is common”. (RANCIÈRE, 1999 p. 5).

reconhecimento subjetivo, de ser capaz de reconhecer o oponente como oponente, de estar inserido no mesmo universo político como partes iguais.<sup>53</sup>

A dominação que presenciamos está em todos os cantos, mas não reproduzida por todas as pessoas. Temos uma classe dominante, uma cultura dominante, uma religião dominante, uma raça dominante, um gênero dominante. A política precisa acontecer mais vezes para que injustiças possam ser visibilizadas. A política, se exercida constantemente, pode funcionar como um ponto de equilíbrio entre as partes. Entretanto, ela não funciona somente quando queremos, porém, quando atinge um ponto de ruptura com os processos de dominação. Este ponto de ruptura é buscado constantemente com outros usos e sentidos, que reagem a estes processos de dominação. Têm-se, a todo o momento, outras formas de recompor o cenário com contrapartidas, artimanhas e práticas astuciosas de recriar um uso que não o imposto, neste caso, pela participação organizada institucionalmente.

As forças contrárias não deixam de existir e de atuar fortemente nos processos de enfrentamento aos modelos dominantes. Reafirma-se, tais como as lutas feministas contra a cultura patriarcal; o movimento negro contra os privilégios dos brancos; a luta dos pobres contra a desigualdade social, a luta pelos direitos de cidadania contra o desenvolvimento econômico idealizado pelas tendências neoliberais, como o caso da saúde aqui trabalhado.

Em *“A Invenção do Cotidiano”*, Michel De Certeau (1994) trata de questões referentes às contrapartidas, às minúcias do dia a dia que não se estocam e nem são visualizadas facilmente. O autor faz uso de duas noções para explicar esse universo dos que seriam os “parcela dos sem parcela”, das pessoas ordinárias que compõem as cidades. Distingue as noções de “estratégias e táticas” para pensar as “maneiras de fazer”. As estratégias estariam inseridas na ordem do planejado, articulado, que visa ocupar um lugar, algo mais consolidado, pensado com mais tempo, com objetivos visando alcançar um alvo; e as táticas seriam da ordem do momento, de um efeito que não se estoca, e não se planeja.

---

<sup>53</sup> “As Rancière himself states, politics is matter of subjective recognition, of being able to recognize the opponent as such, as being an equal part of the same political universe”. (MECCHIA, 2014 p. 51).

Essas táticas manifestam igualmente a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e dos prazeres cotidianos que articula, ao passo que as estratégias escondem sob cálculos objetivos a sua relação com o poder que os sustenta, guardado pelo lugar próprio ou pela instituição. (De CERTEAU, 1994, p. 47)

Para De Certeau, a maioria das práticas cotidianas é do tipo tática, como falar, ler, circular, fazer compras ou preparar refeições. E de um modo geral, elas também são uma grande parte das “maneiras de fazer”: “vitórias de “fracos” sobre o mais “forte” (os poderosos, a doença, a violência das coisas ou de uma ordem, etc), pequenos sucessos, artes de dar golpes, astúcias de “caçadores”, mobilidade da mão de obra, simulações polimorfas, achados que provocam euforia, tanto poéticos quanto bélicos.” (De CERTEAU, 1994, p.47).

As táticas estão relacionadas a um modo de fazer miúdo, despercebido cotidianamente, mas que, ao mesmo tempo, possuem no cotidiano suas possibilidades de ação. A noção de tática apresenta continuidades e permanências que pairam em nossas sociedades, “...se multiplicam com o esfarelamento das estabilidades locais, como se, não estando mais fixadas por uma comunidade circunscrita, saíssem de órbita e se tornassem errantes...” (DE CERTEAU, 1994, p.47).

Os caminhos da participação são pautados por estratégias e táticas que estão, a todo momento, se articulando. O meio institucional da participação requer que as estratégias sejam elaboradas para que a entrada nestes meios burocráticos possa ser realizada. As considerações sobre as “artes de fazer”, um fazer miúdo que nem sempre ressoa em visibilidade, mas que acontece a todo momento, nos ajudam a refletir sobre os usos e sentidos dados ao processo de participação. Permite-nos também afirmar que o processo de participação vai além dos espaços institucionalizados, o que permite outro sentido e uma vivência mais efetiva dos que dela fazem uso. É importante considerar a desconstrução da ideia de passividade e docilidade, ressaltando, sobretudo, a noção de astúcia, das “pessoas

ordinárias” que, apesar de anônimas, não são passivas, mas vivem numa constante reinvenção de outras formas e usos de fazer e viver.

Mais “embaixo” (down), a partir dos limiares onde cessa a visibilidade, vivem os praticantes ordinários da cidade [...] Esses praticantes jogam com espaços que não se vêem [...] Tudo se passa como se uma espécie de cegueira caracterizasse as práticas organizadoras da cidade habitada. As redes dessas escrituras avançando-se e entrecruzando-se compõe uma história múltipla, sem autor nem expectador, formada em fragmentos de trajetórias e em alterações de espaços: com relação às representações, ela permanece cotidianamente, indefinidamente, outra. (DE CERTEAU, 1999 p.171)

As práticas cotidianas são também práticas coletivas. Michel De Certeau traz uma ideia diferente de consumo e afirma que seu trabalho tem o objetivo de “explicitar as *combinatórias de operações* que compõem também (mas não exclusivamente) uma “cultura” e de exumar os modelos de ação característicos dos usuários, dos quais se esconde, sob o pudico nome de consumidores, o estatuto de dominados (o que não quer dizer passivos ou dóceis)” (DE CERTEAU, 1994, p.38).

Os “novos” consumidores são aqueles que fazem usos dos instrumentos controladores de suas ações em detrimento de seus próprios interesses, contextos e necessidades. Há formas diferentes de se consumir uma determinada ordem, uma lei, os anúncios e programas televisivos, entre outros. Michel De Certeau adiciona uma característica importante no que vêm a ser os consumidores. Ele os chama de “fabricantes”. Os consumidores são, ao mesmo tempo, produtores. As extensões totalitárias das “produções” televisivas, urbanísticas, comerciais não deixam lugares onde os “consumidores” possam marcar o que fazem com os produtos. Para uma produção racionalizada, expansionista, centralizadora, barulhenta e espetacular, há *outra* produção qualificada de “consumo”; “esta é astuciosa, é dispersa, mas, ao mesmo tempo, se insinua ubiquamente, silenciosa e quase invisível, pois não se faz notar com produtos próprios, mas nas *maneiras de empregar* os produtos impostos por uma ordem econômica dominante” (DE CERTEAU 1994, p. 39).

De Certeau (1999) coloca que “o cotidiano se inventa com mil maneiras de *caça não autorizada*”, ressaltando as práticas cotidianas e as “astúcias” no relacionamento com o poder coercitivo e com os padrões unificadores de “normalidades”. O trabalho de De Certeau permite “olhar” as formas de resistências e desconstruir a noção de legitimação e adesão total de um modelo de sociedade regulador e homogeneizante. As táticas de enfrentamento às lógicas padronizadas podem constituir inúmeras maneiras de inventar a vida, de recriar formas e de driblar as forças que nos colocam como simples “consumidores” receptores.

Podemos relacionar o que Michel de Certeau chamou de “*caminhantes da cidade*”, e o que Mia Couto chamou de “*incendiadores de caminhos*”, para pensarmos nessas práticas. Em “*o incendiador de caminhos*”, Mia Couto explica que, muitas vezes, nas intervenções em Moçambique das quais é chamado a fazer, destina-se em combater as queimadas descontroladas na savana. Ele comenta que, na verdade, essa foi uma tarefa que nunca conseguiu cumprir, pois não conhecem a complexa ecologia do fogo na savana africana, “não entendemos as razões que são anteriores ao fogo” (COUTO, 2011 p.69). Foi assim que surgiu “o incendiador de caminhos”, o título de um de seus despojados textos. O incendiador de caminhos é o praticante das visitas. Visitar é uma prática muito importante nas comunidades rurais de Moçambique, necessária para evitar conflitos e construir laços de harmonia. Para marcar seu trajeto, reconhecer seu caminho de retorno e a se defender de animais perigosos, o caminhante visitador ateia fogo por onde passa.

O incendiador de caminhos deve ser visto num universo onde a estrada é um luxo e o transporte uma raridade... o amor pela errância parece chocar com a ausência de estrada ...também a mim, nessa circunstância, me apetece acender um fio de chamas para humanizar a lonjura” (COUTO, 2011 p. 75).

Tais maneiras de lidar com o fogo são modos de funcionar que fogem dos padrões exigidos de uma certa ordem social e institucional. É dessa maneira que esta pesquisa tenta articular as formas de funcionamento institucional com as práticas cotidianas, com o que tem de mais corriqueiro e que passa despercebido facilmente. Tais práticas podem nos dizer, de diversas maneiras, como as relações

sociais são constituídas e, neste caso, como o funcionamento do sistema de saúde e os processos de participação têm afetado a vida das pessoas.

Em um estudo sobre o “fazer democracia” e como os grupos de ativistas são formados, Kathleen Blee aponta para as formas de articulação entre as pessoas e a importância que as iniciativas têm no processo democrático. A democracia não parte somente de uma forma de governo, mas também de nossas relações tanto em grandes centros urbanos quanto em pequenas cidades interioranas. Esta autora faz algumas perguntas que são chaves para as suas discussões: Como e por que as pessoas se envolvem em ações coletivas? Como os grupos de ativistas são formados? O que faz a habilidade desses grupos revigorar a vida política e o que as viabiliza? Pensando desta maneira, Blee faz um estudo em Pittsburgh, nos Estados Unidos, sobre os grupos ativistas de iniciativa popular, os quais chama de “*grassroots groups*”, “...estes ativistas moldam novos caminhos de falar e fazer política, revigorando o diálogo na esfera pública...” (BLEE, 2012 p. 04). A palavra *grassroots* vem da junção de duas outras, *grass* – grama e *roots* – raízes -, dando sentido ao contexto de onde surgem os movimentos populares. Isto é, no nível das práticas cotidianas, que buscam, através de ações democráticas, as melhorias na qualidade de vida, contra injustiças e os diversos tipos de violência.

Esses autores nos ajudam a pensar em como o processo de participação institucional imprime a ideia de que todos podem participar, que não há impedimentos nem muito menos confrontos. Destacamos, nesse momento, o que um dos membros que compuseram a mesa de abertura da Conferência Estadual de Saúde, um dos representantes do governo, disse: “*nós estamos do mesmo lado da trincheira*”. Nesta sua colocação, o representante diz o que ele pensa que as pessoas querem ouvir, tornando, assim, uma prática antipolítica. Com isso, ele muda de lado e retira a figura de quem tem o poder de realmente mudar alguma coisa, e culpabiliza a falta de participação das pessoas em geral pela precariedade do Sistema de Saúde. Este seria o nível de desentendimento dado pela situação da palavra que Ranciere explica. E neste embate político, são produzidos diferentes sentidos no processo de participação. Esta “trincheira”, como foi mencionada, não tem somente um lado que luta, ela tem outros, que disputam interesses divergentes.

No mesmo sentido, Avritzer e Pires falam de práticas antiparticipativas, “...sem propensão para o estabelecimento de relações mais horizontais” (AVRITZER&PIRES, 2008 p. 240), ou seja, são práticas antiparticipativas aquelas

que camuflam o poder hierárquico e que não abrem possibilidades para práticas horizontalizadas, em que os interesses estariam no mesmo plano e regendo as ações de fortalecimento da saúde e da participação. O fato de o presidente do Conselho Estadual de Saúde em Sergipe ser o secretário de Saúde transforma a mínima possibilidade de que este meio institucionalizado de participação teria de alguma ruptura, em um meio totalmente selado e amornado. Como mencionado, o vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde comentou a situação:

*Tenho um secretario que foi senador da república, e ele tem o melhor plano de saúde pra ele e pra família, como que ele vai se preocupar e entender sobre o sus? O cara já nasce presidente do conselho, como que eu gasto e controlo meus gastos, isso é imoral, ele é presidente do conselho e nunca foi lá não conhece saúde. O dia em que nesse país, quem for gerir o sus ter que usar o sus ele vai melhorar (Eduardo)*

Dona Udinha comentou que o processo de participação e as funções de um conselheiro são moldados por negociações constantes. Ela mesma falou desse detalhe, e que é uma constante tentativa de convencer a “outra metade” a votar na causa que se está sendo sugerida.

*Se pelo menos a metade não for a favor de suas propostas você não consegue nada... e também a falta de conhecimento... a gente tem um curso, quem entra faz uma capacitação, que as pessoas tem que estar atenta... uma coisa que é muito perigosa e que está cheio nos conselhos é a politicagem e a questão partidária, isso acaba com o conselho, que quer fazer voto, que fulano estar puxando voto pra ciclano e pra beltrano e daí pronto... cada um puxando pra sua sardinha ... já teve eleição no conselho que as pessoas se agrediram, e eu fiquei la bem quietinha, nem levantei... a gente tem que deixar que as pessoas tem que se envergonhar da sua pobreza, e a pobreza é justamente isso, de pensar que só você é importante... (Dona Udinha).*

Hannah Arendt também é uma autora que nos ajuda a pensar na política e nas formas que acontece. Ela vê a política de forma diferente de Ranière. Podemos também pensar com Hannah Arendt alguns aspectos relacionados à política e ao processo de participação. Esta autora se perguntou sobre o sentido positivo da “coisa política”, a partir de dois grandes marcos, os sistemas totalitários como o nazismo e o comunismo e os chamados meios técnicos como a bomba atômica, capazes de pôr fim em toda a humanidade. A relação entre liberdade e política resume Hannah Arendt. No seu livro *O que é política?* Hannah Arendt inicia seus fragmentos com pontos-chaves do seu entendimento sobre a política. “A política baseia-se no fato da pluralidade dos Homens”, esta é a primeira frase do seu texto, fala da relação entre os homens e diz que a falta de profundidade de pensamento sobre a política revela a própria ausência de profundidade em que se ancora a política: “A política trata da convivência entre diferentes”.

Quando se vê na família mais do que a participação, ou seja, a participação ativa na pluralidade, começa-se a bancar Deus, ou seja, a agir como se pudesse sair, de modo natural, do princípio da diversidade. Ao invés de gerar um homem, tenta-se criar o homem na imagem de si mesmo. (ARENDT, 2004 p.22).

Parece que a vontade de que outros sejam sua imagem e semelhança faz da política algo nulo, isto é, quando a pluralidade dos homens é barrada de certa forma, com os ideais e morais próprios de si mesmo, ou de um grupo, religião, raça, e assim por diante. Se a política é a pluralidade entre os homens, ela também trata da diferença entre os homens. Os sistemas totalitários tendem a ser antipolíticos neste sentido, de dizimar as diferenças e alimentar formas certas e idealizadas de ser e de viver. Os interesses que perpassam nesses processos que os engrenam ampliam o domínio e o alcance nos entremeios da vida cotidiana. É nesse alcance, quando atingido, que repelem as formas de resistência, podendo atingir rupturas com tais processos de dominação.

Hannah Arendt nos convida a pensar a política como algo externo a nós. Ela diz que uma das razões para que a filosofia não se limite a tentar encontrar o lugar



de onde surge a política é com a ideia de “*zoon politikon*”, a qual diz não proceder. Segundo Arendt, essa ideia trata como se houvesse algo essencialmente político no homem, que a política pertencesse à sua essência. “...O homem é a-político. A política surge no *entre-os-homens*; portanto, totalmente *fora* dos homens. Por conseguinte, não existe nenhuma substância política original. A política surge no intra-espço e se estabelece como relação” (ARENDT, 2004 p. 23).

Para Arendt, o sentido da política é a liberdade. As condições modernas mudaram, separaram a política e a liberdade uma da outra. Além disso, houve um “monstruoso desenvolvimento das modernas possibilidades de destruição – cujo monopólio os Estados detêm”. Ela, contudo, se pergunta se a política teria algum sentido ainda. O que está em jogo atualmente, com as condições modernas e com os monopólios dos Estados, “não é apenas a liberdade; é a vida, a continuidade da existência da Humanidade e talvez de toda a vida orgânica da Terra”. Sua pergunta torna duvidosa toda a política, e segundo ela, faz parecer discutível nas condições modernas se a política e a conservação da vida são compatíveis entre si. (ARENDT, 2004 p. 38-39).

As formas de poder atuais sustentam este tipo de pergunta para a qual Arendt chama a atenção. Questiona o sentido da política e nos faz compreendê-la falsamente como a causadora de todo o caos e descompassos da humanidade. Dominação não se traduz como política e, sim, os modos de confronto. O que dificulta o acontecimento da política são as formas de controle sobre a vida nua que sustentam mais o controle do que as resistências. Isso seria parecido com o que Foucault e Agambem chamaram de biopolítica e biopoder.

A biopolítica e o biopoder que Foucault e Agambem tratam para explicar os processos de dominação e controle atuais também nos interessam. A biopolítica trata da relação entre vida e morte. A vida é objeto político, e a vida de ser vivo é colocada em questão. (FOUCAULT, 1999 p. 135). O controle sobre os corpos é uma consequência deste dispositivo de poder, em que a vida passa a ser um objeto político. O foco é um investimento sobre a vida, o poder tendo como função gerenciar a vida. E nisso há uma transformação dos mecanismos de poder. Percebe-se uma mudança na forma de operar deste biopoder que passa a ter uma conotação abstrata, um poder que fica “no ar”, que controla coletivamente os corpos e determina os “direitos de viver e de morrer”.

Agambem também aproxima a política da relação intrínseca que adquiriu com a polícia. Para ele, a política se traduz em “dar forma a vida de um povo”, onde o direito de ser vivo está em questão. O biopoder dá forma ao povo, a vida nua é vestida com escudos da cidadania, dos direitos e da liberdade que protegem as potencialidades de controle do poder soberano. “A novidade da biopolítica moderna é, na verdade, que o dado biológico seja, como tal, imediatamente biopolítico e vice-versa” (AGAMBEM, 2010 p. 144). Política e vida são palavras intrinsecamente conectadas, usadas como exercício de poder e dominação. As vidas são instrumentos de manutenção de lugares ocupados, como cidadão, povo, ricos e pobres, brancos e negros, homens e mulheres, dominantes e dominados. E as contrapartidas são constantes, diariamente acontecidas e reinventadas sendo que, nesta relação de resistência, a visibilidade e a mudança não acontecem em todos os momentos.

Estudar a participação, as políticas públicas, o controle social e os inúmeros nomes dados ao envolvimento “político” entre as pessoas nos leva também a problematizar as maneiras de conviver. Neste caso, nosso tipo de Sociedade e Estado configura uma certa forma de participação que vem sendo estudada por muitos pesquisadores das ciências humanas de todo o mundo. É um fenômeno discutido há muito tempo, mas que ainda gera muitas controvérsias e sua “inoperatividade” deixa os problemas cada vez mais sem soluções.

Agamben traz uma genealogia teológica da economia e do governo propondo uma ideia de “inoperatividade” como a substância constitutiva da humanidade, de que se apropriou a política do Ocidente. O governo divino é algo essencialmente acabado. Isso é o que os teólogos cristãos não conseguem aceitar. O inferno é cheio de operatividade onde os diabos se ocupam em punir constantemente. O alcance da glória esperada faz com que o reino dos céus se torne inoperativo. Esta relação da glória e da inoperatividade nos é relevante ao pensar a política.

Agambem pensa a política quando faz essa genealogia cristã, comparando os ministérios dos anjos e do poder de Deus. A inoperatividade não é nem um fazer nem um não-fazer. Por que Deus descansaria no sétimo dia depois de ter terminado a construção do mundo? “Amiúde tenho perguntado a mim próprio porque é que o poder, que é acima de tudo força e governo eficaz, precisa da glória” (AGAMBEM,

2007 p. 41). A inoperatividade dos governos pode ser relacionada a essa “inoperatividade da glória”. Ao ganhar as eleições, por exemplo, no novo mandato, o que conta são as negociações entre os partidos e os banqueiros, a relação com o “povo” parece cessar. O povo é criado justamente para dar vida a um processo de busca por esta glória que é inoperante, ao contrário da política.

Esta glória e inoperatividade podem traduzir as formas de governo existente, tanto em níveis locais quanto nacional. Os governos atingem um ponto em comum, o da manutenção do poder de governar. Este poder de governar é inoperativo, pois não joga com dinâmicas democráticas de visibilidade, transparência e participação. Ou contrário, joga com interesses próprios, para o crescimento de uma constante atuação de dominação.

O que se conhece como meio “político”, como os governos, as campanhas eleitorais, os candidatos e os chamados “políticos profissionais”, os seus partidos, pautas e decisões não é diretamente como a política acontece, no sentido até aqui discutido. As descrenças na política podem aumentar devido ao aglomerado de pessoas, que cresce cada vez mais, e pela disparidade econômica que historicamente explica os conflitos. O que leva uma pessoa “vender” seu voto, por exemplo? Estaria sendo “inconsciente” e desinformado, ou estaria fazendo uso de um domínio de mundo que nem é seu e que não lhe dá sentido?

Pierre Clastres, em *A Sociedade contra o Estado*, fala das sociedades primitivas que tem o governo do *Um* como a origem do mal e, portanto, deve ser controlado e negado. “..., mas a falta de ação parece ter permitido uma embriaguez do pensamento, um aprofundamento sempre mais tenso da reflexão sobre a infelicidade da condição humana. E esse pensamento selvagem, que quase cega de tanta luz, nos diz que o lugar de nascimento do Mal, da fonte de infelicidade, é o *Um*.” As sociedades primitivas não precisavam nem muito menos deixavam que o governo do *Um* tomasse frente. Sabia-se da catástrofe que se poderia chegar com as consequências da dominação, do poder nas mãos de “uns”, por isso, a recusa do Estado. “É por isso que acreditamos em poder revelar, sob a equação metafísica que iguala o Mal ao *Um*, uma outra equação mais secreta, e de ordem política, que diz que o *Um* é o Estado”. (CLASTRES, 2012 p. 229).

Para Clastres, o profetismo tupi-guarani é uma tentativa de abolir a infelicidade na recusa radical do *Um* como essência do Estado. Para os índios

guaranis, o Um é a essência do Mal, mas, para os gregos, ele é o Bem. Tem, assim, a partir disso, uma visão dos tipos de sociedades criadas com as formas de poderes existentes e sustentadas diferentemente. Enquanto uma tentar negar controladamente a ascensão do poder do Um, a outra a vangloria. E as consequências desse tipo de poder do “Um” é o que sentimos em nossa sociedade.

Clastres (2005) também contribui para a ruptura da ideia de evolução do primitivo para o civilizado. Esse autor enfatiza e valoriza as formas “primitivas” de organização política e chama a atenção para seu avanço, pois nega o poder unificador e o tem como uma negatividade controlada. Para Clastres, nessas sociedades, não há espaço para divisões; nelas, o poder e o político estão ligados, não havendo exercício do poder do “Um”, coercitivo, sobre os demais. Em contrapartida, assinala uma falsa ideia de progresso nas nossas sociedades com a presença divisora do Estado e seu controle coercitivo.

O ponto importante que nos permite destacar para este trabalho é o fato de este autor nos convidar a olhar o lado dos ditos “não civilizados” e relata em seu trabalho, no Capítulo 3 de *“Arqueologia da violência”*, as contrapartidas dos índios e as diferenças culturais entre eles e os visitantes turistas que os viam como preguiçosos e aproveitadores. Na verdade, Clastres tenta chamar a atenção para as formas de resistência, as maneiras de fazer e os usos criados para certos enfrentamentos na vida cotidiana nativa. Essa perspectiva nos permite desenvolver um olhar sobre o “outro” como forte e resistente, capaz de encarar as dificuldades e aproveitar as incidências da vida.

Tentar discutir a política é, de certa forma, olhar para as maneiras em que nos constituímos enquanto pessoas, e enquanto sociedade. Vivemos em um mundo em que podemos nos conectar facilmente com o uso de tecnologias, de conversar, fazer amizades, criar vínculos e fortalecer os afetos. No entanto, quando pensamos em um possível coletivo, nossas intencionalidades nem sempre se conectam. Há um problema de injustiça muito maior do que nossas diferenças. E parece que os processos antipolíticos se encarregam de camuflar isso. Nossa discussão permeará nesses entremeios do pensar a política. Por que não se fala mais em liberdade e sim em participação? Teria a participação institucional um sentido de abafar a busca pela liberdade em suas diversas maneiras e possibilidades?

Outro autor bastante intrigante e diferente traz duas noções que nos podem ser úteis ao pensar a política. Peter Sloterdijk diz que a paleopolítica é a repetição do homem pelo homem. Trata-se de uma produção de pessoas em que as coletividades arcaicas se encarregam de repetir-se. Fazendo um estudo sobre a vida primitiva em hordas, Sloterdijk chega ao que denomina hiperpolítica. As aglomerações atuais em grandes centros urbanos parecem ser um exemplo disto. O que antes, por exemplo, se determinava pelo alcance do som, hoje, os limites estão mais estreitos e, ao mesmo tempo, mais determinados e confusos.

A política clássica surge na tentativa de repetir a paleopolítica em escala maior. Há o que chama de uma “arte do possível”. “A arte do possível em larga escala gravita em torno desse ato de força de apresentar o improvável como o inevitável” (SLOTERDIJK, 1999, p. 31). Esse autor fala sobre um “atletismo de Estado”, no qual “gladiadores políticos” se envolvem em práticas ascéticas e atlética. A carreira política é relacionada a uma forma de atletismo que se inicia desde a juventude.

*Eu não milito só pela saúde, eu sou farmacêutico, minha primeira militância sem dúvida nenhuma foi a questão do farmacêutico, a profissão, a categoria. Durante a residência eu sofri até uma transformação ... No fórum nacional de residentes, eu fui eleito pra participar da comissão nacional de residência multiprofissional. Junto com o pessoal, e aí fui dialogar com a Johana que era diretora da ANPG e ela foi me aproximando da ANPG e acompanhei o processo eleitoral da ANPG. E quando teve a nova diretoria eles me convidaram pra ser diretor de saúde e assim, assumi o conselho nacional de saúde e paralelo a isso eu virei vice-presidente do sindicato dos farmacêuticos de Sergipe. E a gente começou uma articulação pra conseguir que o sindicato entrasse no conselho municipal e estadual de saúde de Sergipe. A gente não está no conselho municipal por questões políticas da atual presidente do conselho municipal de saúde, mas no conselho estadual a gente está. Mas te digo que foi muito difícil acompanhar o conselho municipal. Eu acompanho o conselho antes do sindicato porque durante a residência e paralelo a ANPG e paralelo a comissão de residentes, eu solicitei e rearticulei o conselho local de saúde da UBS do meu bairro ... (Dalmare, Conselheiro Nacional de Saúde)*

Diante dessas circunstâncias, poderíamos afirmar que estamos diante de um percurso atlético; de um “atleta político”, no sentido que Sloterdijk descreve. Todavia, há uma diferença no percurso daqueles que possuem familiares no meio político, que já “nascem” carregando os nomes importantes e continuam um legado eleitoral, e os que precisam percorrer caminhos de militância desde a sua formação, iniciando com a participação nos diretórios estudantis. O autor vai mais além e se pergunta que ascensões levam a função de governador, presidente, chanceler? “... O que aqui se discute sob o irônico, embora identificável e reconhecido título de atletas políticos, pelo menos, desde o século XIX, tem um nome menos lisonjeiro, embora correto: classe dominante... defino dominação como o poder ou a autoridade de utilizar pessoas como meios” (SLOTERDIJK, 1999, p. 46).

Esta junção destes autores escolhidos, além de Rancière, tem dois motivos principais: um, que eles nos ajudam a pensar sobre os acontecimentos de pesquisa, e outro, que eles ajudam a explicar os dados que temos em mão. São autores que nos levam a questionar o que é comumente reproduzido como algo político. E questionar o político pode ser atrelado às problematizações do processo de participação nos Conselhos e nas Conferências de saúde, que foi realizado e acompanhado para esta pesquisa. Questionar e refletir com estes autores sobre o que é “meio político” nos permite descrever e explicar o processo de participação. Certamente, este é apenas um ângulo, um recorte entre as possibilidades de olhar o problema de pesquisa. E é por este ângulo aqui escolhido que estamos mirando o percurso desta escrita.

Para refletir sobre as binariedades em que os processos descritos neste trabalho apresentam, assim como também em nosso cotidiano, tomamos emprestado uma denominação que ilustra as oposições conflituosas. A noção de isomeria nos ajuda a pensar sobre as posições e interesses contrários. A isomeria é o fenômeno pelo qual duas substâncias compartilham a mesma fórmula molecular, mas apresentam estruturas diferentes. No contexto político, a binaridade formada pela junção de interesses é um ponto que nos interessa.

Vejamos, isomeria ótica estuda os compostos (isômeros) opticamente ativos que possuem mesma fórmula molecular, mas que se diferenciam pelo tipo de desvio do plano de luz polarizada. Eles são diferenciados pela sua identidade ótica. São

compostos que mantêm a mesma formulação, mas a disposição das moléculas difere a sua atividade.

Basicamente, a isomeria ótica é considerada um caso particular de isomeria espacial que só ocorre em moléculas quirais. O termo quiral se refere à ausência de simetria, logo são moléculas assimétricas. Espécies quirais são idênticas a sua imagem especular, à vista disso, a imagem e a espécie não se sobrepõem. O exemplo mais comum são as nossas mãos. Nossas mãos possuem as mesmas configurações, ambas são mãos, mas elas não se sobrepõem. Ao mesmo tempo em que são iguais, elas são opostas.

As espécies de isômeros que se diferenciam somente pelas posições assumidas pelos átomos no espaço, mas com as mesmas ligações químicas, elas são denominadas estereoisômeros. Essas posições da luz polarizada podem ser desviadas para a direita (dextrogira) ou para a esquerda (levogira), onde se identifica o tipo de molécula e sua reação.

Contudo, apesar de tão profundamente semelhantes, tais estereoisômeros fornecem-nos uma das maneiras mais sensíveis de verificar mecanismos de reações químicas, muito frequentemente escolhe-se um desses isômeros para estudo, não porque seja diferente dos compostos ordinários no aspecto tridimensional da respectiva química, mas porque revela relações que os compostos ordinários escondem. (MORRISON; BOYD, 1996 p. 149)

Nos interessa pensar esta relação entre as moléculas que são iguais, mas diferentes. São compostas com os mesmos átomos, mas posicionadas diferentemente, o que fazem de suas reações e consequências serem diferentes umas das outras. Poderíamos pensar, nesse aspecto, sobre o processo de participação, sobre a política e sobre as relações entre “dominantes e dominados”? Em dois compostos que reagem, um politicamente e outro antipoliticamente? Os processos de participação parecem carregar um pouco do sentido que a isomeria ótica pode nos dar.

A política pode ser relacionada à relação entre isômeros ópticos onde a luz polarizada mostra o desvio em que o composto isômero está direcionado. Assim, nossas relações parecem ser isoméricas. Os partidos políticos, as disputas pelo poder de governar traduzem, mais grosseiramente, esta noção. Ajuda a pensar na polaridade em que os partidos políticos assumem nas eleições para prefeitos, governadores e presidente. É como se a disputa pelo poder fosse feita entre isômeros ópticos. Os ricos falam o que os pobres querem ouvir, se fazendo semelhantes, mas quando atingem o nível de poder desejado, quando devem se relacionar com outros, com o “povo”, eles se repelem e mostram, através de sua luz polarizada, a posição dos átomos de sua molécula. Ou seja, seus verdadeiros interesses iniciais, sua “atividade ótica”.

No Brasil, assim como em outros países como os Estados Unidos, Canadá, países da América Latina e da Europa, sempre tende a polarizar os candidatos. As disputas eleitorais sempre são entre dois polos distintos em seus interesses, mas iguais na sua composição. Todos são partidos e todos produzem processos antipolíticos de dominação e injustiças, mas de formas diferentes. Os democratas e os republicanos nos Estados Unidos são grandes exemplos. Ora se tem um republicano no poder, ora um democrata.

Esse processo provoca uma espécie de latência social. A polaridade dos partidos políticos e os constantes processos antipolíticos provocam latência, um estado inerte que não move a política. Esse processo latente deixa a política inerte. A polaridade latente impede o acontecimento da política. E isso traduz o que foi visto durante o campo de pesquisa. Os processos de participação institucionais tendem a garantir que os corpos permaneçam em estado latente.

A liberdade configura o princípio da política, mas não norteia a possibilidade de sua prática. Na prática, o que chamamos de “política” no sentido corriqueiro - o qual poderíamos nomear de gestão, de gerenciamento, de governo, de dominação e controle - é o que gera um estado de latência social, que são os processos antipolíticos no sentido que Rancière comenta, pois nunca se chega ao fim, à resolução dos problemas que enfrentamos diariamente. A dominação viabilizada pela “política” é o grande motor de arranque que, por onde se efetiva, gera desigualdade social, discriminação, violência, intolerância, exploração e assim por diante.



A política se faz necessária enquanto houver processos de dominação acontecendo. No sentido em que Racière explica, a escassez da política se traduz à dominação. A gestão do Sistema de Saúde e outras políticas públicas têm a função de amornar a ebulição das consequências da dominação, ou seja, as contrapartidas e os diferentes usos e sentidos dados aos processos de participação.

Este trabalho se propôs a analisar as formas de participação existentes tanto nos meios regulamentados, quanto os recriados cotidianamente pelos participantes, através do sentido dado por eles. A participação institucionalizada e a não institucionalizada mostraram uma relação intrínseca, mesmo perante os processos de dominação e controle para que a participação efetiva não ocorresse. Embora ainda existam muitos espaços a serem percorridos, a participação está sendo um grande avanço em sociedades onde o processo democrático ainda é muito recente. Este trabalho teve como fio condutor as tensões entre interesses dentro do campo da participação na saúde. Nisso, as formas de reinventar e fazer uso do processo de participação criam diferentes sentidos, os quais buscamos descrever neste trabalho.

O trabalho de campo foi intenso, na efervescência de um processo de participação que demonstrou maneiras de reinventar sentidos diversos. Os murmúrios, as opiniões de desânimo e descrença são analisadas como consequência da prática de controle governamental que não se cruza totalmente com os interesses dos usuários dos serviços de saúde. Por outro lado, encontramos pessoas entusiasmadas e crentes na possibilidade e no potencial democrático que têm os processos de participação. São, na verdade, esses “entusiastas” que mantêm as formas políticas de enfrentamento nos âmbitos da participação. As inúmeras maneiras de articulação fazem fluir este pensamento que sustenta o sentido democrático da participação e que não deixam que a saúde, o SUS, se torne um bem privado.

As reflexões trazidas em cada tópico foram sendo construídas a partir do pensar sobre o campo, sobre o que foi vivido. O distanciamento durante o Doutorado Sanduíche também possibilitou outras maneiras de ver a participação e a pensar distantemente, e com novos olhares. A escolha dos autores, como mencionado, foi feita da maneira em que suas teorias ajudavam a explicar o campo de pesquisa. Alguns autores vieram anteriormente, sendo revisitados e outros foram

sendo descobertos no decorrer das pesquisas bibliográficas, presentes em qualquer processo de escrita de uma tese.

Os registros que considero mais importantes são os que nos marcam, que nos fazem pensar e problematizar situações diferentes e familiares. Nosso campo de pesquisa é alvo das consequências dos momentos políticos. As políticas públicas de saúde e o controle social exercido sobre ela se transformam conforme o fluxo das negociações e interesses de partidos políticos e aliados financeiros. O manejo das relações de poder e dominação, especialmente no Brasil, tem reproduzido constantemente processos antipolíticos, dos quais mencionamos neste trabalho. Esse manejo do poder vem de muito tempo, reproduzindo desigualdades e injustiças. As mesmas forças que construíram o SUS estão lidando, desde a sua construção, com forças contrárias que tentam desmontá-lo e privatizá-lo. Cuidar da Saúde de uma população de quase 200 milhões de pessoas não é simples e requer muito investimento. Mas ter uma população desta proporção adoecendo seria um prejuízo ainda maior.

A seguir, temos a descrição do campo com os registros demarcados e compilados neste trabalho. Tem-se a descrição das conferências locais de saúde, seguidas das conferências, municipal, estadual e nacional. Pretendeu-se acompanhar este processo de participação que tem uma configuração diferenciada dos demais veículos participativos existentes. É um processo marcado pelas lutas sociais e igualmente marcado pela legitimidade institucional. Além disso, é um instrumento participativo convocado pelo governo Federal e realizado em todos os lugares, estados e municípios de todo o Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de participação aqui estudado nos possibilitou pensar nos diferentes meios pelos quais a saúde pública, enquanto direito, vem se constituindo e sobrevivendo no Brasil. A política pública de saúde possui um histórico de influências dos movimentos sociais, os quais foram importantes na construção do Sistema Único de Saúde, o SUS. Para pensar a participação na saúde, foi necessário estudar autores que discorrem sobre a saúde e que fizeram parte desta construção. Tais autores nos trouxeram importantes análises para compreender o cenário atual. Muitas das análises aqui compartilhadas são análises e visões que demonstram comprometimento, preocupações e realidades sobre a saúde. No que tange a preocupações semelhantes, a maioria das análises possui, no seu intrínseco, o otimismo e a esperança. Em sua maioria, os autores afirmam, e reafirmamos nesta tese, que o processo de participação é um importante instrumento de potencialidades democráticas na luta pelos direitos.

A pesquisa realizada através de inspiração etnográfica se propôs a olhar o momento, o que aconteceu durante as conferências de saúde em Aracaju e no Estado de Sergipe. Trouxemos também reflexões sobre a conferência nacional, sendo esta última acompanhada através das redes sociais. Pretendeu-se escrever sobre o que este momento vivenciado nos fez pensar e dizer do processo de participação, objeto estudado. Com a problematização da participação, chegamos no que aqui se produziu como escrita. Este reconstruir os fatos, os acontecimentos, as ideias, as explicações, compuseram esta tese de Doutorado.

O processo de pesquisa foi intenso, especialmente no ano de 2015, quando ocorreram as conferências. Foi um ambiente novo e estranho. Fazer-me presente e aceitável não foi uma tarefa de sucesso em todas as tentativas de aproximações. Muitos dados estatísticos e informativos sobre as conferências não foram encontrados e, infelizmente, não foi possível ter o relatório final em mão. O que disponibilizado o Conselho Estadual disponibilizou quando solicitei o relatório final foi o regimento da Conferência e, ao questionar os dados finais, não foram obtidas respostas. O Conselho Municipal afirmou ter o relatório final, mas, até este momento, não obtive acesso. As articulações precisariam ter sido mais precisas e com mais tempo. Alguém que se diz da Universidade, e pesquisador, não é muito

bem-vindo para algumas figuras, principalmente os que representam a gestão, mas não todos, obviamente. Muitas pessoas abriram caminhos, sentiram importância de mostrar o seu trabalho, de contar suas histórias e compartilhar suas angústias.

O que se produziu aqui foi o captável, o que registrei em minha memória, meus pensamentos e minhas anotações. A metodologia utilizada permitiu que minhas implicações estivessem presentes e minhas análises também. As dificuldades em obter algumas informações também se constituem como um dado importante, pois nos dizem como o processo de participação vem sendo construído, usado e disponibilizado. Tentou-se descrever os diferentes usos, sentidos e funções do processo de participação. Minhas trajetórias de pesquisa até aqui sempre foram relacionadas às questões de gênero, olhando as condições de mulheres e as desigualdades históricas ainda existentes. Embora não sendo o único foco desta tese, meu olhar também se direcionou para pensar no lugar em que as mulheres ocupam dentro do processo de participação, no cotidiano e na “vida política”, em termos de ocupar cargos de chefias e decisões governamentais. “Dentro, mas sempre de fora” é o que descreve este cenário no processo de participação. As mulheres estão presentes nos canais de participação, mas ainda “de fora”, compondo uma minoria em posições de decisão.

A descrição do campo pode ter se tornado exaustiva, por causa do objetivo de demonstrar as características desse processo de participação. Como vimos, o processo de participação se encontra perante essas forças de retirar direitos e de lutar por eles. Nesse emaranhado de acontecimentos, várias são as facetas e os usos dentro dos aparatos institucionais, em que estas forças se encontram. O encontro de interesses diversos nesse espaço se efetua de forma volátil, mascarado por rituais e procedimentos que controlam as manifestações e o que deve ou não ser registrado. A participação institucionalizada e a não institucionalizada, as quais foram pontapés para este estudo, nos revelaram uma imbricada relação. Os dois vieses participativos se entrelaçam, compondo as forças governamentais e as não governamentais.

Diante deste contexto, podemos afirmar, como síntese dos resultados, quatro características principais que descrevem o processo de participação estudado.

(1) Que se trata de um processo ladainhoso, de insistências e repetições de um ritual que pode ou não ser diferente, dependendo das intencionalidades de quem conduz e de quem reproduz o “canto”, como no caso de uma ladainha religiosa. Falamos sobre isso antes neste trabalho<sup>54</sup>. O processo de resistência é ladainhoso, pois requer um constante refazer-se, e repetir-se para se fortalecer enquanto categoria, enquanto minoria. Com isso, a fé que alimenta o sentido da ladainha religiosa tem a mesma força que a esperança e militância das pessoas que trabalham e acreditam no SUS e nas possibilidades que este sistema pode trazer enquanto garantia de direitos constitucionais.

(2) A participação é um processo caracterizado por relações isoméricas, como mencionamos no tópico três<sup>55</sup>. Os conflitos entre as forças que alimentam o processo de participação se dão de forma isomérica. Ou seja, refletem suas luzes, seus interesses de maneiras opostas, mesmo contendo as mesmas estruturas moleculares. Essas forças apresentam funções e comportamentos diferentes quando se relacionam. A única maneira de observar a molécula é a submetendo ao reflexo de sua luz, onde uma se direcionará para a direita e a outra, para a esquerda. A atividade ótica é que revela o tipo de molécula em comportamento e não somente a sua estrutura. Esta característica foi mais presente na Conferência Municipal e Estadual, por ser composta por pessoas que vêm representando categorias específicas, o que acontece com menos intensidade nas Conferências locais presenciadas. Esta relação da participação com a isomeria ótica é uma maneira de ilustrar as diferentes forças que atuam dentro deste cenário, e os motivos das dificuldades para que as demandas sejam atendidas. Este é um meio marcado por conflitos de interesses entre forças governamentais, do mercado gerado em torno da prestação de serviços, equipamentos e medicamentos, e da sociedade civil organizada. A relação entre essas forças é uma relação isomérica, uma relação entre interesses contrários e desiguais que atuam desproporcionalmente.

(3) O processo de participação se caracteriza como um momento fronteiro, entre estado, mercado e sociedade civil<sup>56</sup>. Mais marcadamente entre estado e

---

<sup>54</sup> Páginas 74-76.

<sup>55</sup> Páginas 192-196.

<sup>56</sup> Páginas 69-70

sociedade civil no que tange às conferências. O mercado tem uma influência e uma relação diferenciada. Não investimos nesse aspecto, mas ele se faz muito presente. O momento da Conferência é quando as forças se aproximam, se relacionam em um mesmo espaço. Tal relação pode ser descrita como sendo ora em formato de parede, ora em membrana. Para relembrar rapidamente, Sennett relaciona as paredes da célula com o comportamento e funcionamento de cidades urbanas, onde há lugares relacionáveis e não relacionáveis. Esse momento fronteiro que chamo pode ser relacionado a intercalações entre ser mais parede (fixo, duro, não poroso) ou mais membrana (maleável, permeável, poroso). O tipo de relação fronteira é que determina o avanço das propostas advindas das Conferências; em considerar ou não a importância da participação como um instrumento importante de governabilidade, no planejamento e execução de decisões.

(4) Neste sentido, a participação é também caracterizada pelo seu aspecto contingencial.<sup>57</sup> Os interesses e as intensidades entre as relações de poder determinam o andamento do processo de participação. Embora a noção de contingência traga a eventualidade e o acaso como suas fontes principais, ela pode acontecer em momentos pensados e arranjados burocraticamente. No processo de participação, não há garantias fixas de que um interesse ou outro irá prevalecer sem negociações. Mesmo a gestão governamental precisa criar meios de garantir seus interesses. Eles podem ser ameaçados, dependendo da intensidade das forças contrárias.

Pesquisar o processo de participação na área da saúde nos remeteu a pensar sobre democracia, sobre relações entre estado e sociedade civil, sobre movimentos sociais e direitos constitucionais. Sobretudo, nos fez pensar sobre as relações de poder e dominação existentes. Certamente, essas reflexões não acabam aqui. Elas continuarão permeando as discussões em todos os ambientes acadêmicos e não acadêmicos que se dispõem a reivindicar direitos.

---

<sup>57</sup> Ver página 193.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. Arte Inoperatividade, Política. In: Cardoso, Rui M. (coord). **Política: Crítica do Contemporâneo**. Conferências Internacionais. Serraavives, 2007.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- AGUIAO, Silvia. **Fazer-se no “Estado: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo**. TESE de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.
- AGUIAO, Silvia. **Quais políticas, quais sujeitos?** Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003-2015). Cadernos Pagu. 2017.
- AGUIAO, Silvia. “Não somos um simples conjunto de letrinhas”: identidades, disputas e negociações na política. II ENUMAS, 2013
- ALEXANDRE, Virginia C. S. **Ladainhas e Mulherências: um estudo sobre saúde e vida cotidiana**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal de Sergipe. Orientadora Professora Doutora Maria Teresa Nobre. São Cristóvão, 2012.
- ALEXANDRE, Virginia; NOBRE, Maria Teresa. **Ladainhas de Juventudes: enredos de meninas-mulheres ribeirinhas e seus (des) encontros com a escola**. Pesquisas e Práticas psicossociais. São José Del Rei. 2018.
- ALMEIDA, Juliana. **O Reflexo de Narciso nas Águas da Internet: consumo e narcisismo nas sociabilidades em rede**. Curitiba: Appris, 2018.
- ALVES, Jorge; HELLER, Patrick. **Accountability from the Top Down? Brazil’s Advances in Budget Transparency despite a Lack of popular Mobilization**, 2013
- ANDREW, Caroline. **La Démocratie locale pour les femmes: condition du développement regional**. In: CÔTÉ, Denyse, et all (orgs). Du Local au Planétaire: reflexiones et pratiques de femmes en développement réfiional. Saint-Laurent. Québec.1995.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- ARENDT, Hannah. **O que é política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

- ARACHU, Castro; SINGER, Merrill. **Unhealthy Health Policy: a critical anthropological examination**. Altamira Press, 2004.
- ARAUJO, Emanuel. **A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia**. In: PRIORI, Mary Del (org). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: contexto, 2009.
- ARMSTRONG, Pat. & ARMSTRONG, Hugh. **Health Care**. About Canada Series. Manitoba, Canada: Fernwood Publishing, 2008
- AVRITZER, Leonardo. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- AVRITZER, Leonardo; PIRES, Roberto. **Participação Social no Nordeste: variações intra-regionais e impactos sobre a gestão pública**. In: FILGUEIRAS, Cristina; FARIA, Carlos. **Governo Local, Política Pública e Participação na América do Sul**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008.
- AVRITZER, Leonardo. **Participatory Institutions in Democratic Brazil**. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2009.
- AVRITZER, Leonardo. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. IPEA. Rio de Janeiro. 2012.
- BARBOSA, P.; ROCHA-COUTINHO, M.L. **Maternidade: novas possibilidades, antigas visões**. Psc.Clínica, Rio de Janeiro, vol 19 N1, 2007
- BASSANEZI, C. **As mulheres dos anos dourados**. In: PRIORI, Mary Del (org). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.
- BAIOCCHI, Gianpaolo; GANUZA, Ernesto. **Popular Democracy: the paradox of participation**. Stanford University Press. California, 2017.
- BAIOCCHI, Gianpaolo; HELLER, Patrick; SILVA, Marcelo. **Bootstrapping Democracy: transforming local governance and civil society in Brazil**. Stanford University Press. California, 2011.
- BECKER, Howard S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, Arte e Política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras Escolhidas V1)
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Ed Vozes, 1978.



BLEE, Kathleen M. **Democracy in the Making: how activist groups form**. New York: Oxford University Press, 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz C; GRAU, Nuria C. **Entre o Estado e o Mercado: o público não-estatal**. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz C; GRAU, Nuria C. (orgs). O Público Não-Estatal na Reforma do Estado. Rio de Janeiro. Editora FGV, 1999.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde/ Lei 8080**. 1990

BUTLER, Judith. **Gender Trouble. Feminism and the subversion of identity**, Routledge, Chapman & Hall Inc. New York, 1990.

CAIAFA, Janice. **Aventura das Cidades: ensaios e etnografias**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

CASTRO, Arachu; SINGER, Merrill. (Editors) **Unhealthy Health Policy: a critical anthropological examination**. Altamira Press, 2004.

CLASTRES, Pierre. **A Sociedade Contra o Estado**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

CLASTRES, Pierre. **Arqueologia da Violência**. São Paulo: Cosac&Naify, 2005.

CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Editada da UFRJ, 2011.

GEERTZ, Clifford; MARCUS, George (editors). **Writing Culture: the poetics and politics of ethnography**. University of California Press, 1986.

CHAMBES, Samuel A. Police and Oligarchy. In: DERANTY, Jean-Philippe (org) **Jacques Rancière Key Concepts**. Routledge. 2014

COHEN, Jean; ARATO, Andrew. **Civil Society and Political Theory**. MIT Press. Massachusetts, 1994.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: política e organização dos serviços**. São Paulo: Cortez. CEDEC, 2001.

CORTES, Soraya M.V. **Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários: conselhos e conferências no sistema único de saúde**. In: Sociologias. Porto Alegre, ano 4, n 7, 2002.

COUTO, Mia. **E se Obama fosse africano?** e outras intervenções. São Paulo: companhia das Letras, 2011.

DAVIS, Dána-Ain; CRAVEN, Christa. **Feminist Ethnography: thinking through methodologies, challenges and possibilities**. Rowman & Littlefield, 2016.

D'INCAO, Maria A. **Mulher e Família Burguesa**. In: PRIORI, Mary Del (org). História das Mulheres no Brasil. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil. Participação e Cidadania: do que estamos falando?** In: Políticas de Ciudadania y Sociedad en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DE CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano**. Petrópolis : Vozes, 1994.

DETIENNE, Marcel ; VERNANT, Jean-Pierre. **Metis: as astúcias da inteligência**. São Paulo: Odysseus Editora, 2008.

DONNANGELO, Maria Cecília; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

ROARK, Paula D. **Social Justice and Deep Participation: theory and practice for the 21<sup>st</sup> century**. Palgrave Macmillan, 2015.

FALCI, M.K. **Mulheres do Sertão Nordestino**. In: PRIORI, Mary Del (org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.

FERRERI, Marcelo; NOBRE, Maria Teresa. **A Festa dos Canos e a noite das Facadas: a pesquisa etnográfica e o estatuto das falas dispersas no campo**. Estudos e Pesquisas em Psicologia Social. UERJ, 2010.

FONSECA, C. **Ser Mulher, Mãe e Pobre**. In: PRIORI, Mary Del (org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.

FONSECA, L. NOBRE, Maria T, SANTOS, J. **Entre Práticas Narrativas e Invenções Cotidianas: fragmentos narrativos sobre degradação ambiental e saúde em Aracaju, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008

FRANÇA, José R. M; COSTA, Nilson R. C. **A dinâmica de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004**. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

FRASER, Nancy. **Unruly Practices: power, discourse and gender in contemporary social theory**. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989.

GILLIGAN, Carol. **In a Different Voice**. USA: Library os Congress, 1993

GILLIGAN, Carol. **Joining the Resistance**. Polity Press, USA, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Interaction Ritual: Essays on Face-to-face behaviour**. Austrália: Pinguim Books, 1967.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. Coleção Debates, 1974.

HARDING, Sandra. **Feminism and Methodology**: social sciences issues. Indiana University Press. 1987

HELLER, Patrick. **Challenges and Opportunities: civil society in a globalizing world**. United Nations Development Programme. Human Development Report Office, 2013.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAQUET, Cristine. **Urbanização e Emprego doméstico**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 2003.

JUNQUEIRA, Virginia; SCARCELI, Ianni R; LOPES, Isabel C. **Saúde: direito ou mercadoria?** In: PATTO, Maria Helena S. (Org). A Cidadania Negada: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

KUNHEN, Tânia A. **O Princípio Universalizável do Cuidado**: superando limites de gênero na teoria moral. TESE de Doutorado em Filosofia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015

LAPLANTINE, François. **A Descrição Etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004

LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2007

LEITE, M.C.T.M. **A Intervenção em Serviço Social: visão praxiológica**. São Paulo: Cortez, 1982.

LÉON, Eduardo Zamarrón de. **Modelos de Democracia: los alcances del impulso participativo**. México: Instituto Mora: Instituto Electoral de Querétaro, 2006.

LIMA, Antônio C. S. **O Estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal**. Revista de Antropologia. São Paulo USP, 2012.

LIMA, Antônio C **Sobre gestar e gerir a desigualdade**: pontos de investigação e diálogo. In: LIMA, Antônio C. S. (org.) Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 2002.

LISBOA, Teresa K. **Fluxos Migratórios de mulheres para o trabalho reprodutivo**: a globalização da assistência. Estudos Feministas. Florianópolis, 2007

LISBOA, Teresa K. **Cidadania e Equidade de Gênero: políticas públicas para as mulheres excluídas dos direitos mínimos.** Revista Katalysis, v8 n01, UFSC, Florianópolis, 2005.

LUZ, Madel T. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80** – In: Ministério da Saúde, Projeto Gerus. Brasília, 1995.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. **Festa no Pedaco: cultura popular e lazer na cidade.** 3 ed. São Paulo: Hucitec/ UNESP, 2003.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. **O Circuito de Jovens Urbanos.** Tempo Social. Revista de Sociologia da USP. V17 n2. 2005.

MECCHIA, Giuseppina. Philosophy and its poor: Rancière’s critique of philosophy. In: DERANTY, Jean-Philippe (org) **Jacques Rancière Key Concepts.** Routledge. 2014

MERHY, Emerson E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (orgs). **Praxis en Salud: un desafio para lo publico.** Buenos Aires: Lugar Editorial, São Paulo: HUCITEC, 1997.

MASSIE, Pascal. **Contingency, Time and Possibility: an essay on Aristotle and Duns Scotus.** Lexington Books. United Kingdom, 2011.

MIRANDA, Cynthia M. **Os Movimentos Feministas e a Construção de Espaços Institucionais para a Garantia dos Direitos das Mulheres no Brasil e no Canadá.** IX Encontro da ABCP. Brasília, 2014.

MOREIRA LIMA, Ludmila. **Cooperação e Parceria no contexto de um projeto piloto: a experiencia do PPTAL.** In: LIMA, Antônio C. S. (org.) Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

MORRISON, R.; BOYD, R. **Química Orgânica.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

NEVES, Paulo S. C; FERRERI, Marcelo. **Participação e Políticas Públicas voltadas para a Juventude: o modelo de “jovem” difundido pelas conferências de juventude.** In: Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: aproximando agendas e agentes. UNESP, Araraquara (SP). 2013.

NOGUEIRA, Vera M. R. **Assimetrias e Tendências da Seguridade Social Brasileira.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. Seguridade Social e Cidadania, no 65, Ano XXII. São Paulo: Cortez, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. **Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (3), 2008.

OLIVEIRA, Fabiana L. **Triangulação Metodológica e Abordagem Multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios**. Ciências Sociais Unisinos, 2015

PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PASSOS NOGUEIRA, R. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: MS/FNS/OPS. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário: Projeto Gerus**. Brasília, 1995.

PERROT, Michelle (org.). **História da vida Privada: da revolução à primeira guerra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PERROT, Michelle. **Os Excluídos da História: operários, mulheres e prisioneiros**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

PRADO, Gleise C. **Participação em Conselhos Gestores: uma análise da participação social nas políticas públicas e seus efeitos para a democracia**. I Seminário Nacional de Sociologia. Universidade Federal de Sergipe, 2016.

PRIORI, Mary Del (org.). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: contexto, 2007 9ed.

RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar: a utopia da sociedade disciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1985.

RAGO, Margareth. **Trabalho Feminino e Sexualidade**. In: PRIORI, Mary Del (org.). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2009.

RAMAZANOGLU, Caroline; HOLAND, Janet. **Feminist Methodology: challenges and choices**. Sage Publications, 2002.

RANCIÈRE, Jacques. **A Partilha do Sensível: estética e política**. São Paulo: EXO experimental org.: Ed 34, 2005.

RANCIÈRE, Jacques. **O Desentendimento**. São Paulo: Ed 34, 1996.

RANCIÈRE, Jacques. **O Ódio à Democracia**. São Paulo: Boitempo, 2014

REVEL, Jacques. **A Invenção da Sociedade**. Lisboa: Difel, 1989.

RICHARDSON, J.R e Cols. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Boaventura de S. (org.). **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002

SASSEN, Saskia. **Global Cities and Survival Circuits**. In: *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*. New York: Holt Paperbacks, 2004.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do Caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Tradução Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 2010

SENNETT, Richard. **O Artífice**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SCHERER-WARREN, Ilse. *Redes de Movimentos Sociais na América Latina – caminhos para uma política emancipatória?* Caderno CRH, Salvador, 2008.

SHERWIN, Susan. **The Politics of Women's Health: exploring agency and autonomy**. Philadelphia: Temple University Press, 1998.

SCHNEIDER, Suzanne D. *Mexican Community Health and the Politics of Health Reform*. University of New Mexico Press, USA. 2010.

SHERWIN, Susan. **No Longer Patience: feminist ethics & health care**. Temple University Press. Philadelphia, 1992.

SHERWIN, Susan. **The Politics of Women's Health: exploring agency and autonomy**. The Feminist Health Care Ethics Research Network. Temple University Press. Philadelphia, 1998.

SHEPER-HUGHS, Nancy. *Death Without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*. University of California Press, 1992.

SLOTERDIJK, Peter. **No Mesmo Barco: ensaio sobre a hiperpolítica**. São Paulo: Estação Liberdade, 1999.

SILVA, Maria A. M. **De colona à boia-fria**. In: PRIORI, Mary Del (org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2009.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson R. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 2014.

SOIHET, R. **Mulheres pobres e violência no Brasil urbano**. In: PRIORI, Mary Del (org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.

STAROBINSKI, Jean. **A Literatura: O texto e seu intérprete**. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. *História: novas abordagens*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976.

TAVARES, Maria C. **A Inserção do Assistente Social no Programa de Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento**. TESE de Doutorado em Serviço Social. PUC/SP, 2009

TURNER, Leigh. **‘First World Health Care at Third World Prices’: globalization, bioethics and medical tourism.** Bioscience. London, 2007.

VALLA, Vitor Vicente. **Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

VASCONCELOS, A.M. de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Michele; BALESTRINI, Patrícia; PAULON, Simone. **Escutar Silêncios, povoar solidões: há vida secreta nas palavras.** Fractal. Ver. Psicol., 2013

VENÂNCIO, R. **Maternidade Negada.** In: PRIORI, Mary Del (org). História das Mulheres no Brasil. São Paulo: contexto, 2007 9 ed.

VIANNA, Maria Lúcia T. W. **Participação em Saúde: do que estamos falando?** In: Sociologias, Porto Alegre, ano 11, n 21, 2009.

WACQUANT, Loic. **Que é gueto? Construindo um conceito sociológico.** Revista Sociologia Política. Curitiba, 23, 2004.

<http://conselho.saude.gov.br/>

[http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html)

<http://datasus.saude.gov.br/>

<http://portalsaude.saude.gov.br/>

<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/>

<http://www.hc-sc.gc.ca/>

<http://www.who.int/>

<https://www.youtube.com/watch?v=Rq2HJK-tuf0>

<https://www.youtube.com/watch?v=t7GUjKv9qSI>

<https://www.youtube.com/watch?v=TJyQpRfaGnw>

[www.saudemaisdez.org.br](http://www.saudemaisdez.org.br)

<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/05/mulheres-comandam-40-dos-lares-brasileiros>

<http://pensesus.fiocruz.br/>

<http://www.pbh.gov.br/>

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos\\_saude\\_responsabilidade\\_controle\\_2edicao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf)

<http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/lideranca-e-participacao/>